



RECOMENDACIÓN No. 86/2020

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA, ASÍ COMO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA 54, EN EMPALME Y EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 4, EN GUAYMAS, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL ESTADO DE SONORA.

Ciudad de México, a 16 de diciembre de 2020

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2018/3285/Q**, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 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; 3, 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; dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Claves
Víctima	V
Quejoso	Q
Autoridad Responsable	AR
Servidor Público	SP

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Institución	Acrónimo
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Organización de las Naciones Unidas.	ONU
Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sonora	Comisión Estatal

Institución	Acrónimo
Hospital General Subzona de Medicina Familiar 54 en Empalme, Sonora	HGSZMF-54
Hospital General de Zona 4, en Guyamas, Sonora	HGZ-4
Hospital General Regional 1 en Ciudad Obregón, Sonora, (HGR1)	HGR-1
Procuraduría General de la República (Actualmente Fiscalía General de la República)	PGR

Normatividad	Acrónimo
Guía de Práctica Clínica Laparotomía y/o Laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo no traumático en el Adulto	Guía de Práctica Laparotomía
Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, "Del Expediente Clínico"	NOM del Expediente Clínico

I. HECHOS.

5. El 16 de abril de 2018, Q presentó escrito de queja ante la Comisión Estatal, Organismo que la remitió a esta Comisión Nacional el 23 del mismo mes y año; en el cual indicó que el 14 de marzo de 2018, V fue intervenida quirúrgicamente en el HGSZMF-54 para "retirarle la matriz", (histerectomía abdominal total con salpingoforesis) siendo dada de alta el 16 de marzo del mismo año; no obstante que aún presentaba mucho dolor y fiebre.

6. El 18 de marzo de 2018, V es ingresada al Servicio de Urgencias del mismo nosocomio, donde se le detectó una infección, siendo trasladada, en esa misma fecha al HGZ-4 para valoración ginecológica, regresando al HGSZMF-54, de donde fue dada de alta el 23 del mismo mes y año, también con dolor y fiebre, diagnosticándole colitis nerviosa.

7. El 24 de marzo de ese año, V regresó al Servicio de Urgencias del HGZ-4, donde, luego de una exploración inicial, se decidió realizar una laparotomía exploratoria (cirugía de exploración) de abdomen de urgencia, encontrando abundante materia fecal, procediendo a un lavado intensivo; sin embargo, debido a la gravedad de su

situación fue trasladada en esa misma fecha al HGR-1 para su observación en la Unidad de Terapia Intensiva; sitio en el que falleció al día siguiente por choque séptico, sepsis abdominal y perforación intestinal, de acuerdo al certificado de defunción emitido.

8. A fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos se obtuvieron informes y copia del expediente clínico que remitió el IMSS, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

9. Escrito de queja suscrito por Q presentado el 16 de abril de 2018, ante la Comisión Estatal en el que relató la atención médica inadecuada proporcionada a V en el IMSS.

10. Oficios 095217614C21/892, 095217614C21/1099, 095217614C21/1246, 095217614C21/1299 y 095217614C20/1922, de 28 de mayo, 11 de junio, y 18 de junio de 2018, así como de 4 de octubre de 2018, respectivamente, mediante los cuales el IMSS adjuntó los siguientes documentos:

10.1. Copia del Expediente Clínico a nombre de V respecto a su atención en el HGSZMF-54, del cual se despenden las siguientes evidencias:

10.1.1. Nota médica sin fecha ni hora, elaborada por SP1, quien le realizó a V una cirugía de histerectomía abdominal, el 14 de marzo de 2018, en el HGSZMF-54, por presentar sangrado uterino anormal, y miomatosis uterina de grandes elementos, describiendo el procedimiento realizado en dicha intervención quirúrgica.

10.1.2 Nota post quirúrgica suscrita SP1, en la que se indica las condiciones de V posterior a dicha intervención.

10.1.3. Nota de egreso, de 16 de marzo de 2018, suscrita por SP2 del HGSZMF-54, en la que se describe la evolución de V.

10.1.4. Nota Médica, de 18 de marzo de 2018, suscrita a las 14:18 horas por SP3, en la cual mencionó que V acudió al HGSZMF-54 por presentar dolor abdominal intenso, describe los datos clínicos presentados posterior a la cirugía, señalando que V comentó había sido intervenida quirúrgicamente por miomatosis uterina y que padece diabetes en tratamiento con insulina. SP3 en la misma nota solicitó el traslado de V al HGZ-4 para su atención de segundo nivel.

10.1.5 Nota Médica, de 18 de marzo de 2018, de las 22:10 horas, firmada por AR1, en la que describe que V no presenta datos de abdomen agudo, pero se encuentra preoperada de histerectomía abdominal, con diabetes descompensada y que por la mañana de ese día presentó fiebre de 39°C.

10.1.6 Nota Médica, de 18 de marzo de 2018, suscrita por AR2 quien describió los datos clínicos presentados por V, destacándose DM2 (Diabetes Mellitus 2) descompensado, sugiriendo continuar esquema antibiótico, control glucémico, dando de alta a V de ese servicio y solicitando su traslado.

10.1.7 Nota de Evolución, de 19 de marzo del mismo año, suscrita por AR3 del HGSZMF-54, quien señaló que V continuaba con dolor y es paciente “aprensiva”.

10.1.8 Nota Médica, de 21 de marzo de 2018, suscrita por AR4 en la que se indicó que V continuaba presentando dolor.

10.1.9 Nota de evolución, suscrita por AR5 a las 16:40 del 21 de marzo de 2018, en donde indicó que V sufría dolor abdominal intenso y estableció que: “*se insiste en movilización fuera de cama*”.

10.1.10 Hoja de Alta hospitalaria del HGSZMF-54, de 23 de marzo de 2018, suscrita por AR4, con motivo de mejoría de V.

10.2 Copia del Expediente Clínico a nombre de V respecto a su atención en el HGZ-4, del cual se despenden las siguientes evidencias:

10.2.1 Nota de reingreso, al HGZ-4, de 24 de marzo de 2018, suscrito por SP4, quien señaló que V continuaba con dolor abdominal de 24 horas de evolución, estar en malas condiciones generales, sepsis y absceso abdominal.

10.2.2 Nota prequirúrgica, de 24 de marzo de 2018, firmada por SP5 sin que se indique su adscripción, en la que se señaló que prevalece dolor abdominal intenso en V, con exámenes de laboratorio sugestivos de absceso pélvico, preparándose para laparotomía exploradora urgente.

10.2.3 Nota post operatoria, de 24 de marzo de 2018, suscrita por SP5 sin que se precise su adscripción, donde indicó que luego de llegar a cavidad intestinal, se encontró abundante materia fecal, realizando lavado intensivo y reparación de serosa intestinal, pasando intubada a sala de recuperación recomendándose traslado a un Hospital General Regional.

10.2.4 Nota de solicitud de traslado al HGR-1, de 24 de marzo de 2018, firmada por SP5 enviándose a V grave, requiriendo terapia por sepsis, y precisando que V padecía también hipertensión arterial.

10.3 Copia del Expediente Clínico a nombre de V respecto a su atención en el HGR-1, del cual se despenden las siguientes evidencias:

10.3.1 Nota inicial de Servicio de Choque (área de atención a pacientes críticos), de 25 de marzo de 2018, suscrito por SP6 en el que se indicó que V ingresó con sospecha de absceso pélvico y la urgencia para valoración de la Unidad de Cuidados Intensivos por probable diagnóstico de choque séptico de foco abdominal a perforación de intestino.

10.3.2 Valoración de la Unidad de Terapia Intensiva de 25 de marzo de 2018, suscrito por SP7 quien describió el estado de gravedad de V.

10.3.3 Nota médica de Cirugía general, de 25 de marzo de 2018, firmada por SP8 mediante la cual precisó que V presentaba choque séptico de origen abdominal y lesión renal aguda.

10.3.4 Nota médica de Cirugía General, de 25 de marzo de 2018, suscrita por SP9 quien indicó que V contaba con antecedente de histerectomía, reportándose presencia de materia fecal en cavidad abdominal, sin que presente correlación clínica con los hallazgos reportados con manejo establecido en su unidad de adscripción.

10.3.5 Nota de egreso por defunción, de 25 de marzo de 2018, elaborada por SP10, en la que asentó un resumen del diagnóstico y tratamiento médico realizado a V, así como las causas de su fallecimiento.

10.3.6 Acta de defunción de V, del 26 de marzo de 2018, con datos del fallecimiento choque séptico, sepsis abdominal, perforación abdominal.

10.3.7 Informe clínico, de 24 de mayo de 2018, firmado por AR4 en relación con la atención médica otorgada a V.

10.3.8 Informe clínico, de 26 de mayo 2018, suscrito por AR2 acerca de la atención médica otorgada a V.

10.3.9 Informe clínico, de 26 de mayo de 2018, suscrito por el SP5 adscrito al servicio de ginecología del HGR-1, a propósito de la atención médica otorgada a V.

11. Opinión Médica de este Organismo Nacional sobre el caso de V, emitida el 29 de octubre de 2019.

12. Acta Circunstanciada, de 13 de enero de 2020, en la que se hizo constar información requerida a Q por conducto de su representante legal, respecto de la queja administrativa QA presentada ante la Coordinación de Atención y Orientación

al Derechohabiente del IMSS, así como de la denuncia de hechos interpuesta ante la entonces PGR.

13. Acta Circunstanciada, en la que consta la recepción de un correo electrónico del 17 de enero de 2020, mediante el cual, la representante legal de Q remitió copia simple de la QA presentada el 27 de septiembre de 2018 ante la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS en Ciudad Obregón Sonora, así como de la denuncia respectiva ante la Delegación Estatal de la entonces PGR en Sonora.

14. Acta Circunstanciada, de 5 de marzo de 2020, en la que se hizo constar información que proporcionó la representante legal de Q, respecto de la QA y la carpeta de investigación CI.

15. Acta Circunstanciada, de 10 de marzo de 2020, en la que se certifica la recepción de un correo electrónico de esa misma fecha, mediante el cual, la representante legal de Q remite copia simple del dictamen médico emitido el 22 de julio de 2019, por un perito médico adscrito a la Coordinación General de Servicios Periciales de la Delegación Estatal de la entonces PGR en Sonora.

16. Acta Circunstanciada, de 20 de abril de 2020, en la que se hace constar la recepción de un correo electrónico de misma fecha, a través del cual, este Organismo Nacional solicitó información al IMSS, relativa a la resolución de la QA.

17. Acta Circunstanciada, de 13 de mayo de 2020, en la que se certificó comunicación telefónica con la representante legal de Q, en relación con el seguimiento de la CI relativa al caso de V.

18. Acta Circunstanciada, de 11 de junio de 2020, en la que se hace constar la recepción de un correo electrónico de misma fecha, a través del cual el IMSS remite información respecto de la QA.

19. Correo electrónico de 19 de junio de 2020, remitido por personal del IMSS, en el que se informa a este Organismo Nacional que la QA, fue turnada a la Coordinación de Asuntos Contenciosos de esa Institución.

20. Acta Circunstanciada, de 16 de julio de 2020, en la que se certificó comunicación telefónica con la representante legal de Q, respecto de la consignación de la CI, presentada ante la entonces PGR el 9 de abril de 2018.

21. Acta Circunstanciada, de 18 de agosto de 2020, en la que se certificó comunicación telefónica con personal del IMSS, en relación con el seguimiento a la QA, presentada por los hechos acontecidos en agravio de V.

22. Acta Circunstanciada, de 27 de octubre de 2020, en la que se certificó nueva comunicación telefónica con la representante legal de Q, respecto de la QA.

23. Acta Circunstanciada de 17 de noviembre de 2020, en la que se certificó comunicación telefónica con la representante legal de Q, respecto del seguimiento de la CI, así como con la QA.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

24. El 16 de abril de 2018, Q presentó una queja ante la Comisión Estatal en la que denunció presunta negligencia médica en agravio de V por parte de personal adscrito al HGSZMF-54.

25. El 23 de abril de 2018, esta Comisión Nacional recibió por razón de competencia, la mencionada queja, radicándose bajo el expediente CNDH/5/2018/3285/Q.

26. El 27 de septiembre de 2018, Q presentó QA ante la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS en Ciudad Obregón Sonora, la cual fue turnada a la Coordinación de Asuntos Contenciosos del IMSS, y hasta la redacción del presente documento, no se ha emitido la resolución correspondiente.

27. El 9 de abril de 2018, Q interpuso denuncia de hechos ante la Delegación Estatal en Sonora de la entonces PGR, quien inició la CI la cual, hasta la emisión de la presente Recomendación continúa en integración.

IV. OBSERVACIONES.

28. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/5/2018/3285/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar la violación al derecho a la protección de la salud, a la vida, así como a la información en materia de salud en agravio de V; lo anterior en razón de las consideraciones que se exponen a continuación:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

29. En el párrafo cuarto, del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

30. La SCJN ha establecido 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, [...] para garantizar el derecho a la salud, es menester que proporcionen con calidad, [...] lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos".¹*

¹SCJN. "Derecho a la salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud", Tomo XXIX, registro 167530, abril de 2009.

31. Esta Comisión Nacional considera que tal derecho debe entenderse como la prerrogativa que la ciudadanía tiene para 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 servicios médicos en condiciones de: disponibilidad [...].*”²

32. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la ONU en su Observación General 14, aprobada el 11 de mayo de 2000, ha definido el derecho a la protección de la salud “[...] *como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.*”³

33. Por su parte el primer párrafo del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que *"Toda persona tiene derecho a un nivel de Vida adecuado que le asegure, [...] la salud y el bienestar, y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios [...]."*

34. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece en su artículo XI que *"Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas [...] a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad"*.

35. El párrafo 1 de la mencionada Observación General 14, lo definió como “[...] *un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.*”⁴

36. En los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos

² CNDH. Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, 23 de abril de 2009, párr. 36.

³ ONU, Observación General 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, mayo del 2000, párr. 9.

⁴ Ídem

Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, lo que se debe de entender como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar tal derecho.

37. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas⁵, compuesta por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona, también reconocen que a fin de garantizar una adecuada atención médica, las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la mencionada Agenda en nuestro país.

38. Por su parte, la CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador” estableció que *“Los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana.”*⁶

39. Esta Comisión Nacional ha reiterado que ese derecho 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 servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.”*⁷

40. En el presente caso, el especialista de esta Comisión Nacional señaló en su dictamen que V, de 49 años de edad, cursaba con dolor pélvico y sangrado uterino anormal debido a Miomatosis uterina de grandes elementos de tiempo no especificado. Conjuntamente, era portadora de Diabetes Mellitus en tratamiento con

⁵Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

⁶Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.

⁷ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, 23 de abril de 2009, p. 7.

insulina e Hipertensión arterial sistémica en tratamiento con captopril, ambas patologías sin tiempo exacto de evolución.

41. Como parte del tratamiento médico de la Miomatosis uterina de grandes elementos, el día 14 de marzo de 2018, SP1 conforme a las Guías de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Miomatosis Uterina y la de Indicaciones y Contraindicaciones de la Histerectomía en el Segundo Nivel de Atención, programó la realización de una Histerectomía abdominal total con salpingoforesis en el HGSZMF-54, quien refirió que durante el evento quirúrgico halló un útero aumentado de tamaño con múltiples miomas, hidrosalpinge⁸ bilateral y múltiples quistes en ambos ovarios, refiriendo que al término de la cirugía, no se presentaron complicaciones.

42. Al no presentarse mala evolución clínica visible en el post operatorio, V fue dada de alta el día 16 de marzo de 2018 a las 08:00 horas por SP2, quien refirió que, a su egreso, se encontraba en buenas condiciones clínicas y, a nivel abdominal, no presentaba dolor o datos de irritación peritoneal⁹.

43. A pesar de la buena evolución detectada previamente, el 18 de marzo de 2018, V fue llevada por un familiar al HGSZMF-54 por referir dolor abdominal intenso, donde fue revisada por SP3 quien advirtió que V clínicamente presentaba fiebre de treinta y ocho grados centígrados (38°C), taquicardia de cien latidos por minuto (FC 100), glucosa rápida en sangre de trescientos miligramos por decilitro (300 mg/dl Destrostix), facies con característica de dolor, palidez de mucosas y tegumentos, abdomen con dolor intenso y datos de irritación peritoneal, diagnosticando Síndrome doloroso abdominal, por antecedente de intervención previa por Histerectomía abdominal, canalizando de forma urgente a una unidad de Segundo Nivel, atención que a decir de la especialista médica de esta Comisión Nacional estuvo indicada y apegada a la Guía de Práctica Laparotomía.

⁸ Alteración en la que una o las dos trompas de Falopio de la mujer se encuentran bloqueadas y dilatadas debido a una acumulación de líquido en su interior, generalmente como consecuencia de una infección previa.

⁹ Conjunto de signos de la exploración abdominal que indican la inflamación del peritoneo visceral o parietal. Es el signo exploratorio fundamental que caracteriza al abdomen agudo quirúrgico.

44. En el Servicio de Urgencias del HGZ-4, AR1 valoró a V, indicando que tenía fiebre de 39°C, taquicardia de cien latidos por minutos, glucosa rápida en sangre de trescientos miligramos por decilitro, palidez de mucosa y tegumentos, datos de irritación peritoneal, y observó aumento de glucosa de 364 mg/dl (hiperglucemia), diagnosticando síndrome febril y diabetes mellitus tipo 2 descompensada, por lo que la ingresó al Servicio de Ginecología y Obstetricia en ese mismo nosocomio.

45. En el mencionado servicio AR2 realizó a V un ultrasonido abdominal refiriendo que V continuaba con dolor abdominal leve, sin datos de abdomen agudo y aumento de la glucosa de 364, así como de los leucocitos de 13.66, indicando continuar con el manejo médico establecido anteriormente, dándola de alta de dicho servicio y solicitando su traslado al HGSZMF-54.

46. El 19 de marzo de 2018, V fue atendida por AR3 adscrita al citado nosocomio, quien en su nota determinó únicamente que, a pesar de presentar dolor abdominal, debía continuar con el manejo médico ya establecido previamente.

47. En los siguientes días, que abarcan del 20 al 23 de marzo de esa anualidad, V continuó siendo atendida en el HGSZMF-54 por AR4 y AR5, con tratamiento a base de analgésicos y antibióticos, refiriendo que V en todo momento continuaba con dolor en abdomen; hasta que AR4 le dio el alta hospitalaria, por mejoría clínica con el diagnóstico de colitis.

48. En el dictamen suscrito por la especialista de esta Comisión Nacional se expuso que una intervención quirúrgica como Histerectomía abdominal total con salpingoforesis como la realizada a V el 14 de marzo de 2018, implica riesgos y complicaciones, entre ellos hemorragias y daño a otros órganos abdominales en el momento de la cirugía, principalmente cuando existen tumoraciones uterinas, las complicaciones secundarias a histerectomía son variadas e incluyen infecciones, trombosis venosas, paro cardíaco, lesiones de vías urinarias o digestivas, hemorragias, neuropatías, dehiscencias, etcétera.

49. Sin embargo, debido a la gran cantidad de lesiones que se presentan en este tipo de intervenciones quirúrgicas por la anatomía de sus estructuras vecinas, la bibliografía médica establece que, al término del procedimiento quirúrgico, el cirujano deberá verificar la presencia de alguna lesión y en su caso repararla, siendo en el presente caso SP1 reportó tal intervención sin complicaciones.

50. Asimismo, el especialista de este Organismo Nacional también precisó que existen estudios que demuestran que en caso de presentarse un abdomen agudo no traumático por complicación quirúrgica abdominal se presenta un cuadro clínico característico dentro de las primeras cuarenta y ocho horas y hasta los seis días, siendo ésta la razón necesaria para mantener en vigilancia y manejo a las pacientes sometidas a Histerectomía en por lo menos dos días (cuarenta y ocho horas) posteriores a su cirugía, como ocurrió en el presente caso, dónde V fue intervenida quirúrgicamente el día 14 de marzo de 2018 y dada de alta el día 16 de marzo de 2018 tras cursar con mejoría clínica representada por buena pigmentación de mucosas y tegumentos, afebril, abdomen blando y no doloroso, herida quirúrgica limpia y bien afrontada, como se menciona en la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y tratamiento de Miomatosis Uterina, no existiendo en ese momento alguna indicación para continuar hospitalizada, o bien algún dato clínico de complicación.

51. No obstante, también afirmó que ese tipo de intervenciones pueden presentar complicaciones propias e inherentes al procedimiento quirúrgico, pudiendo ser identificadas en el momento de la cirugía, o bien, pasar desapercibidas y presentar datos clínicos en horas posteriores dependiendo del grado y ubicación de la lesión, siendo la infección posterior a la histerectomía la complicación más común, e incluso cuando la técnica es excelente y la selección cuidadosa de la paciente, el cirujano aún puede esperar un índice de 10% de morbilidad febril posoperatoria.

52. En ese sentido, el mencionado especialista advirtió que V, paciente postquirúrgica por Histerectomía abdominal, acudió al Servicio de Urgencias de Medicina Familiar del HGSZMF-54, el día 18 de marzo de 2018 por referir dolor

abdominal, fiebre de treinta y nueve grados centígrados, siendo trasladada en esa misma fecha al Servicio de Ginecología del HGZ-4 para la realización de estudios, sin embargo, nuevamente fue referida al HGSZMF-54 para continuar con su atención. Por lo que consideró que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, adscritos al HGZ-4, así como al HGSZMF-54, omitieron tomar en cuenta que “...*en toda paciente post operada de Histerectomía que presenta un aumento de temperatura posoperatoria de 38°C o mayor, debe investigarse mediante un interrogatorio cuidadoso con la paciente para localizar síntomas, además de un examen físico riguroso, con apoyo de estudios de laboratorio adecuados...*”

53. Igualmente, el especialista de este Organismo Nacional, indicó que la Guía de Práctica Laparotomía establece que el abdomen agudo es un síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente (generalmente de menos de 48 horas de evolución o hasta 6 días) con repercusión del estado general, que requiere de un diagnóstico rápido y precisó ante la posibilidad de que sea susceptible de tratamiento quirúrgico urgente. Agregó que las manifestaciones clínicas del abdomen agudo son dolor abdominal, repercusión del estado general, acompañado de uno o más signos de peritonismo (Rigidez abdominal, incremento de la sensibilidad abdominal, con o sin rebote y resistencia abdominal involuntaria). A lo cual, si se agrega fiebre, aumento de los leucocitos mayor a 12 000 e hiperglucemia (glucosa mayor a 120mg/dL) es un fuerte indicador de que el paciente puede estar cursando un cuadro de sepsis.

54. Lo anterior, en el caso que nos ocupa, no tiene relación alguna con el diagnóstico de egreso de V del HGSZMF-54 referido por AR4 en su nota de 23 de marzo de 2018, quien afirmó que padecía Colitis, cuyos síntomas son dolor abdominal crónico, hábitos intestinales alterados (diarrea o constipación o alternancia de estos), reflujo gastroesofágico, disfagia, saciedad temprana, dispepsia intermitente, náuseas, dolor precordial de origen no cardiaco, flatulencia y eructos, los cuales no presentaba V.

55. Referente a la hiperglucemia (glucosa mayor a 120mg/dL) que presentó V desde el 18 de marzo de 2018 a su ingreso al HGSZMF-54, indicado por SP3 y AR1, la

especialista en medicina de esta Comisión Nacional mencionó que esta afectación se presenta en pacientes que cursan con sepsis debido a que dicha complicación induce un estado hipermetabólico que perjudica al metabolismo de las proteínas, los lípidos (grasas) y los carbohidratos (azúcares).

56. Por lo tanto, debido a que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 no realizaron un diagnóstico certero y oportuno en favor de V en la atención que le brindaron del 18 al 23 de marzo de 2018, en el HGZ-4 y en el HGSZMF-54, esta desarrollo abdomen agudo, que fue detectado por SP4 del Servicio de Urgencias del HGZ-4 el 24 del mismo mes y año, al advertir que el abdomen de V se encontraba disentido, timpánico¹⁰ a la percusión y doloroso a la palpación, integrando el diagnóstico de Síndrome doloroso abdominal, sepsis y probable absceso abdominal, indicando administración de soluciones intravenosas, antibiótico, analgésico e interconsulta urgente al Servicio de Ginecología y Obstetricia para normar conducta a seguir.

57. En el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGZ-4, SP5 instruyó su ingreso de forma urgente al quirófano para realizarle una laparotomía exploradora debido a que, con el antecedente de haber sido intervenida por una Histerectomía abdominal, existía la posibilidad de tratarse de un absceso pélvico ya que clínicamente se encontraba desorientada, con palidez de mucosas y tegumentos, abdomen distendido, sin peristálsis y con dolor intenso a la palpación, además, los resultados de laboratorio mostraban un aumento importante de las cifras de leucocitos de 24.2, lo cual integraba un diagnóstico de abdomen agudo.

58. Durante la laparotomía exploradora realizada por SP5, éste encontró la presencia de abundante material fecal de más de mil mililitros en la cavidad abdominal, así como asas intestinales con adherencias, abundante fibrina¹¹ y despulimiento de la serosa de colon descendente a diez centímetros de distancia del recto, lesión que

¹⁰Sonido que se aprecia al percutir el abdomen, es parecido al sonoro, pero de una frecuencia más elevada (ejemplo: al percutir un neumotórax a tensión, o un estómago lleno de gas).

¹¹De manera habitual, las adherencias se producen cuando el tejido se encuentra lesionado y la fibrina se deposita en las superficies del peritoneo parietal y visceral donde crea una conexión anómala. Cualquier proceso que afecte la fibrinólisis tiende a retrasar la resolución de las adherencias. Su laxitud depende del grado en que la fibrina y los fibroblastos se infiltran en el tejido.

ameritó puntos de sutura. Debido a la gravedad del estado de salud de V, SP5 solicitó su traslado al HGR-1, para su observación en la Unidad de Terapia Intensiva.

59. Bajo las consideraciones antes descritas, la especialista de esta Comisión Nacional determinó que durante la cirugía realizada en el HGSZMF-54 a V el 14 de marzo de 2018, se presentó la perforación de colon, la cual es una complicación propia e inherente a la histerectomía abdominal, misma que de haber sido identificada adecuada y oportunamente por AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 en la atención que le brindaron del 18 al 23 de marzo de 2018 en el HGZ-4 y el HGSZMF-54, habría tenido mayor posibilidad de tratamiento médico, evitando así el deterioro de su salud y posterior fallecimiento.

60. Por lo que la especialista de esta Comisión Nacional concluyó que V recibió una inadecuada e inoportuna atención médica por parte de la AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 al momento de efectuar su valoración y diagnóstico, así como al proporcionarle cuidados y tratamiento; incumpliendo lo previsto en los artículos 1º, 2º fracciones I y V; 3º fracción I, 23, 24, fracción I, 27 fracción III, 32, 33 fracciones I y II, 34, fracción II, 37, 50 y 51 primer párrafo, de la Ley General de Salud, que en términos generales establecen las medidas de prevención y protección de la salud, así como el derecho de los pacientes a recibir atención médica oportuna y de calidad.

61. En el mismo sentido, la especialista de este Organismo Nacional consideró que durante la valoración médica de V en el HGZ-4, y la segunda hospitalización en el HGSZMF-54, presentó síntomas que hicieron evidente que cursaba con abdomen agudo por sepsis de foco abdominal, lo cual no fue identificado adecuada y oportunamente por AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, lo que derivó en el rápido deterioro de su salud y su posterior fallecimiento, ya que, no observaron lo señalado en las Guías de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto y Guía de Práctica Laparotomía, tomando en consideración que la atención de un paciente con esos antecedentes inicia con una historia clínica completa, seguida de estudios no invasivos que, ante la duda diagnóstica, se procede a métodos diagnósticos invasivos valorando la conveniencia de una laparotomía

exploradora (en sus modalidades de cirugía abierta o endoscópica) para llegar al diagnóstico preciso y evitar el retraso del tratamiento óptimo con el propósito de disminuir la mortalidad, lo cual vulneró su derecho humano a la salud y que posteriormente derivó en la pérdida de su vida.

62. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, 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 V, tutelado en los artículos 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política; 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); y lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, debido a su negligencia, al omitir realizar a V una valoración integral y exhaustiva que le permitiera emitir la sospecha diagnóstica de abdomen agudo y sepsis que requería de manejo intrahospitalario inmediato, lo cual generó el deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

B. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS QUE PADECEN ENFERMEDADES CRÓNICAS.

63. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de persona con padecimiento de enfermedades crónicas, específicamente a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad, por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa condición, considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que V debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal del HGSZMF-54 y en el HGZ-4.

64. 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.”*¹² 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.

65. 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”*.¹³

66. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas 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.”*¹⁴

67. 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] vulnerabilidad.”*

68. A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades crónicas son aquellas de *“larga duración y por lo general de progresión lenta”*.¹⁵ Para dicho Organismo Internacional, las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor afectación son las cardiopatías y accidentes

¹²Organización 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; y CNDH, Recomendaciones 26/2019, p. 24.

¹³ CrIDH “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89

¹⁴Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

¹⁵OMS, Enfermedades crónicas. Disponible en: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición.¹⁶

69. 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. Entre las que generan mayores costos al Instituto son las enfermedades I) cardiovasculares e hipertensión arterial; II) la diabetes mellitus; III) los cánceres, en particular el cérvico-uterino y de mama, y IV) la insuficiencia renal crónica, principalmente como complicación de las dos primeras.¹⁷

70. De igual manera, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha señalado 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, por que tales padecimientos originan mayores factores de riesgos 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.¹⁸

71. La diabetes es definida como aquella *“enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.”*¹⁹

¹⁶OMS, “Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

¹⁷IMSS, “Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017”, Ciudad de México, IMSS, 2017, p. 40

¹⁸CNDH. Recomendaciones 52/2020, párr. 36; 23/2020, párr. 28; 16/2020, párr. 24.

¹⁹Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”, numeral 3.20.

72. El Informe Mundial sobre la Diabetes indica que dicho padecimiento *“puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente. Algunas de [ellas] son el infarto del miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia renal, la amputación de miembros inferiores, la pérdida de agudeza visual y la neuropatía. En el embarazo, la diabetes mal controlada aumenta el riesgo de muerte fetal y otras complicaciones.”*²⁰

73. La regulación médica nacional en la materia es amplia, entre ésta, se cuenta con la NOM-Sobre Diabetes, así como con al menos 20 Guías de Práctica Clínica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), destacando las recomendaciones sobre el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención; diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética en niños y adultos, entre otras.²¹

74. Cabe decir que esta Comisión Nacional también ha documentado y acreditado casos de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida por parte del IMSS, en agravio de personas con enfermedades diabéticas, verificándose en la mayoría de ellos diabetes gestacional, así como desarrollo de padecimientos en las que dicha enfermedad crónica era un factor de riesgo.²²

75. Del análisis de lo anterior, se advierte que es obligación de todas las autoridades mexicanas el garantizar a todas las personas el máximo respeto a sus derechos humanos, en el caso específico el de la protección de la salud de V, en su calidad de persona portadora de una enfermedad crónica grave, diabetes mellitus.

76. En el presente caso esta Comisión Nacional advirtió que el 18 de marzo de 2018, V ingresó al HGSZMF-54 por presentar dolor abdominal intenso, ocasión en la que fue entrevistada por SP3 a quien comentó que había sido intervenida

²⁰Organización Mundial de la Salud, *“Informe mundial sobre la diabetes”*, Suiza, OMS, 2016, p. 6

²¹Tales Guías pueden consultarse en la página electrónica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud consultable en el siguiente link http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=1939

²²CNDH. Recomendaciones 52/2020, 42/2020; 35/2020; 34/2020; 23/2020; 16/2020; 8/2019; 65/2018, 61/2018; 30/2018; 22/2018, entre otras.

quirúrgicamente por miomatosis uterina y que padecía diabetes en tratamiento con insulina, lo cual fue confirmado posteriormente por AR1 y AR2 ese mismo día, es decir, se contaba con información certera de que V era paciente vulnerable; sin embargo, no obra constancia alguna que acredite un manejo multidisciplinario para su atención.

77. Es así que, para este Organismo Nacional quedó acreditado que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, no garantizaron una atención integral a V, a pesar de la obligación que tenían de proteger sus derechos humanos, en el caso específico el de la protección de la salud, que la ubicaba en una condición de especial vulnerabilidad y que, por tanto, la atención médica proporcionada tenía que ser preferente, prioritaria e inmediata, para su sobrevivencia.

C. DERECHO A LA VIDA.

78. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son el artículo 29, de la Constitución Política, 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.²³

79. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.²⁴

80. La CrIDH reconoce que el derecho a la vida es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos, por lo que los Estados deben implementar

²³CNDH, Recomendación 44/2020, párr. 53

²⁴CNDH, Recomendaciones 52/2020, párr. 62; 42/2020, párr. 51; 35/2020, párr. 90; entre otras.

medidas positivas para proteger la vida de las personas bajo su jurisdicción y velar por la calidad de los servicios de atención a la salud; asimismo, que para determinar la responsabilidad internacional del Estado en casos de muerte en el contexto médico, se debe acreditar, entre otros, una negligencia médica grave.²⁵

81. La SCJN ha determinado que “el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, [...] *no sólo prohíbe la privación de la vida [...], también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado [...]*”.²⁶

82. En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados por el gremio clínico como referentes que regulan el actuar profesional; en ese sentido, destacan la “Declaración de Ginebra” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, el “Código Internacional de Ética Médica” adoptado por la Asociación Médica Mundial en 1949 y la “Declaración de Lisboa” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1981 como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.

83. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1 y AR2, del HGZ-4, así como AR3, AR4 y AR5 adscritos al HGSZMF-54, constituyen el soporte que acredita la violación a su derecho humano a la Vida.

84. En efecto, cuando SP5 advirtió la gravedad del estado de salud de V, solicitó su traslado al HGR-1 para su mejor atención en la Unidad de Cuidados Intensivos. Por

²⁵ CrIDH, “Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile”. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párrafos 145 y 148.

²⁶ 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.

ello, el mismo 24 de marzo de 2018, V fue recibida por SP6 adscrito al servicio de Urgencias de ese nosocomio, quien refirió que V estaba intubada y sedada, con hipotensión arterial (84/45 mmHg), taquicardia (133 latidos por minuto), pálida, diaforética²⁷, con glucosa rápida de 20 mg/dl (Destrostix), con lesión renal condicionada por la sepsis de foco abdominal y choque hipovolémico, que ameritaba continuar con reanimación hídrica, manejo del dolor y realización de tomografía abdominal y valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos.

85. Ante dicha petición, SP7 valoró a V precisando que cursaba una acidosis metabólica moderada y requería de continuar con terapia de hidratación hídrica implementada a su ingreso, cuidando que el PH y el bicarbonato no disminuyeran para que no desarrollara una cetoacidosis diabética, asimismo, refirió que era necesario solicitar una Tomografía de abdomen, laboratorios de control, radiografía de tórax y cultivos de secreción de herida abdominal, ya que por el momento no contaba con criterios de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, puesto que hemodinámicamente se encontraba estable, pero no exenta de complicaciones por la gravedad debido al grado de sepsis presentado.

86. El 25 de marzo de 2018, V fue tratada en conjunto por SP8 y SP9 médicos del Servicio de Urgencias y Cirugía General del HGZ-1, respectivamente, quienes reportaron su deterioro rápido e intempestivo, a pesar de la limpieza abdominal quirúrgica y la terapia de reanimación hídrica que le fue suministrada, cayendo en paro cardiorrespiratorio que ameritó cuatro ciclos de reanimación cardio pulmonar sin obtener ritmo cardíaco, por lo que SP10 declaró su hora de fallecimiento a las 22:50 horas, debido a choque séptico, sepsis abdominal y perforación abdominal.

87. Al respecto, la especialista de esta Comisión Nacional observó que la inadecuada atención médica que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, brindaron a V, consistió en negligencia médica por error diagnóstico²⁸, situación que contribuyó al deterioro de su estado de salud y a su fallecimiento, toda vez que se omitió apegar a las Guías

²⁷Sudoración profusa.

²⁸El error diagnóstico es cualquier falla o equivocación en el proceso diagnóstico que lleva al diagnóstico incorrecto, a la falta de diagnóstico o bien al retraso del mismo, caracterizado por la falta de una adecuada historia clínica y exámenes o análisis completos.

de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el adulto y Laparotomía y/o Laparoscopia.

88. Error acontecido por no identificar de forma certera y oportuna el abdomen agudo o absceso abdominal que V presentaba, a través de estudios de gabinete como Ultrasonido o tomografía abdominal, lo cual impidió su intervención quirúrgica inmediata, desencadenando el deterioro en su estado de salud, con daños irreversibles a nivel de diversos órganos, lo que consecuentemente provocó su posterior fallecimiento por choque séptico, sepsis abdominal y perforación intestinal, acreditando que tal situación de urgencia no fue manejada adecuadamente por AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, y aun cuando el 24 de marzo de 2020 otros médicos adscritos al HGZ-4 y al HGR 1 realizaron acciones tendentes a restaurar la salud de V, ya se había presentado el deterioro multiorgánico, no siendo posible revertir los daños ocasionados.

89. Por ello, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, incurrieron en violaciones al derecho a la vida de V, al no identificar de manera oportuna los síntomas de abdomen agudo o absceso abdominal, lo cual impidió su atención inmediata mediante cirugía, situación que contribuyó al deterioro de su estado de salud, derivando en su fallecimiento, transgrediendo lo señalado en los artículos 1o., párrafo primero y 29 de la Constitución Política; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que establecen el deber positivo del Estado de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.

90. En este tenor, se distingue que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, inobservaron los artículos 7 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, en los que se establece que los médicos serán directa e individualmente responsables de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores, ya que, en el caso particular, al no haber efectuado un ejercicio clínico apegado a

altos estándares de calidad, impidieron la efectividad del derecho a la protección a la salud y a la vida de V.

91. AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, también pasaron por alto lo previsto en el cuarto párrafo de artículo 4o. constitucional, donde se reconoce que el Estado debe satisfacer eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restablecer la salud de las personas. En el presente caso AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, omitieron considerar el estado de urgencia de V; particularmente no valoraron y realizaron con diligencia los estudios clínicos para detectar y confirmar de manera temprana sus padecimientos y así determinar las acciones subsecuentes que evitaran el deterioro de su estado de salud, y su fallecimiento.

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

92. El artículo 6º, párrafo dos, de la Constitución Política establece que *“Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información”* y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

93. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.²⁹

94. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU previene que en materia de salud el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*³⁰

95. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición*

²⁹CNDH. Recomendación 16/2020 párr. 64; 42/2020 párr. 58; 43/2020 párr. 68; 44/2020 párr. 61; 45/2020, párr. 88; entre otras

³⁰Observación General 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

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.”³¹

96. Por otra parte, se debe considerar que la NOM del Expediente Clínico advierte 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, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso 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.”

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

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

³¹CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.³²

99. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió inadecuada integración del expediente clínico de V en el HGSZMF-54 y HGZ-4, al verificarse notas médicas que no fueron elaboradas conforme a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, la cual refiere que los citados documentos y reportes del expediente clínico deben precisar: nombre completo del paciente, edad, sexo, interrogatorio, exploración física, evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, e indicaciones médicas, y en su caso, número de cama o expediente, fecha, hora, nombre completo de quien elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso, y deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

100. Al respecto, se advirtió que las notas médicas elaborada por SP1, se encuentra sin fecha ni hora; la de 16 de marzo de 2018 a las 08:00 horas firmada por SP2, se advierte con tachaduras, no es visible el nombre del médico y no se indica el servicio al cual está adscrito; las suscritas por SP3 y AR1, a las 14:18 y 22:10, de 18 de marzo de 2018, la primera es poco legible, y en la segunda el nombre y matrícula del médico no es comprensible, incumpliendo con la norma indicada.

101. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V, constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de las y los pacientes y su historial clínico detallado para un adecuado tratamiento; con dichas irregularidades se vulnera el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de su atención médica en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

³²CNDH 16/2020, párr. 69; 42/2020 párr. 62; 43/2020 párr. 72; 44/2020 párr. 64, y 45/2020 párr. 93

102. La inobservancia de la NOM del Expediente Clínico, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia sobre los antecedentes de las y los usuarios de los servicios médicos.³³

103. A pesar de tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, aun cuando es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma.

RESPONSABILIDAD

104. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, consistentes en violación al derecho a la protección de la salud y a la vida en agravio de V, debido a negligencia médica por error diagnóstico, al no identificar de forma certera y oportuna el abdomen agudo o absceso abdominal que presentaba V, desencadenando su deterioro en su estado de salud, con daños irreversibles, lo que consecuentemente provocó su posterior fallecimiento.

105. Igualmente, AR4 incurrió en responsabilidad al diagnosticarle a V colitis, por lo cual la dio de alta del HGZ-4 el 23 de marzo de 2018, sin que la sintomatología de tal padecimiento, como: diarrea o constipación, reflujo gastroesofágico, disfagia, saciedad temprana, dispepsia intermitente, náuseas, dolor precordial de origen no cardiaco, flatulencia y eructos, las presentara V.

³³ CNDH. Recomendación 16/2020 párr. 64; 42/2020 párr. 63; 43/2020 párr. 73; 44/2020 párr. 65; 45/2020 párr. 95, entre otras

106. Por tanto, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, incumplieron con lo previsto en el artículo 7, fracciones I, y VI, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, así como con los artículos 303 y 303 A, de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, y si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el presente caso no ocurrió.

107. Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, respecto a la inadecuada elaboración de las notas médicas en el HGSZMF-54, que repercute en la integración apropiada del expediente clínico, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM del Expediente Clínico, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

108. En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1o., párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política; 6º, 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 este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativo que corresponda.

REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

109. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución

Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una Violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr su efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios ocasionados, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

110. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del “Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral” de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015 y el “Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y, en consecuencia el derecho a la vida de V, se deberá inscribir tanto a Q, como a quienes acrediten el derecho, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

111. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones

graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto 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.

112. En el presente caso, esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

a) Rehabilitación.

113. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

114. Como consecuencia de la pérdida de la vida de V, esta Comisión Nacional determina que se deberá proporcionar a Q y demás familiares que procedan conforme a derecho, la atención psicológica y tanatológica que requieran, por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcancen su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a sus necesidades específicas.

b) Satisfacción.

115. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y servidores públicos responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, comprende que las

autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presente para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

116. En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal que intervino en los hechos que se consignan en el caso.

117. No es obstáculo para lo anterior que se haya substanciado la carpeta de investigación CI con motivo de los hechos descritos, ya que este Organismo Nacional presentará la denuncia correspondiente, para los efectos previstos en el artículo 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a fin de que se dé seguimiento a la misma.

c) Medidas de no repetición.

118. Estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.



d) Compensación.

119. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a Q y demás familiares que conforme a derecho corresponda, por la mala atención médica de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 que derivó en el fallecimiento de V, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones.

V. RECOMENDACIONES.

A usted señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidades que son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral del daño a Q y familiares que acrediten el derecho, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la mala práctica que derivó en el deceso de V, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, se les otorgue atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra la AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, y quienes resulten responsables, involucrados en la atención de V, así como con motivo de las irregularidades y omisiones señaladas en la presente Recomendación,



debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore con esta Comisión Nacional, en la integración de la carpeta de investigación que se inicie con motivo de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional formule ante la Fiscalía General de la República, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, con base en los hechos y Observaciones precisadas en esta Recomendación, y se remitan las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Diseñar e impartir en el término de dos meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral al personal médico del HGZ-4 y el HGSZMF-54, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud y la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación. De igual forma, el contenido de dichos cursos deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento total y satisfactorio.

QUINTA. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, emitir una circular en la que se instruya a las personas servidoras públicas del HGZ-4 y el HGSZMF-54, a fin de que adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.



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

120. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de la conducta irregular cometida por los 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 u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

121. De conformidad con lo dispuesto en 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.

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

123. 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, su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

LA PRESIDENTA

MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA