



RECOMENDACIÓN No. 12/2021

**SOBRE EL RECURSO DE IMPUGNACIÓN DE RV
POR LA NO ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE
CHIHUAHUA DE LA RECOMENDACIÓN 38/2018
EMITIDA POR LA COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS EN ESA ENTIDAD
FEDERATIVA.**

Ciudad de México, a 24 de marzo de 2021.

**LICENCIADO JAVIER CORRAL JURADO
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO DE CHIHUAHUA.**

**MTRO. NÉSTOR M. ARMENDÁRIZ LOYA
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE LOS DERECHOS
HUMANOS DEL ESTADO DE CHIHUAHUA.**

Distinguidos Señores:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo cuarto, 6º, fracciones III y IV, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46, 51, 55, 61 a 66, inciso b), de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; y 128 a 133, 136, 148, 159, fracción IV, 160 a 167 y 170 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/4/2018/469/RI, relacionado con el Recurso de Impugnación de **RV**, por la no aceptación por parte de la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua de la Recomendación 38/2018, emitida por la Comisión Estatal de los Derechos Humanos del Estado de Chihuahua.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omite su publicidad, de conformidad con los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero, parte segunda, 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; y 3, 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, último párrafo de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de las autoridades recomendadas a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para el efecto señalado en el numeral que antecede, se presenta el siguiente glosario de términos:

DENOMINACIÓN	CLAVES
Persona Recurrente y Víctima.	RV
Persona Autoridad Responsable 1.	AR1
Persona Autoridad Responsable 2.	AR2
Persona Servidora Pública 1.	SP1
Persona Servidora Pública 2.	SP2
Persona Servidora Pública 3.	SP3
Persona Servidora Pública 4.	SP4
Persona Servidora Pública 5.	SP5
Persona Servidora Pública 6.	SP6
Médica del Hospital Privado 1.	MHP1
Médico del Hospital Privado 2.	MHP2
Médica del Hospital Privado 3.	MHP3

4. Con la finalidad de facilitar la lectura y comprensión de la presente Recomendación y evitar su constante repetición, durante el desarrollo de la misma, la referencia a las diferentes dependencias e instancias públicas de gobierno, así como a aquellas disposiciones jurídicas que integran el marco normativo aplicable, se hará con acrónimos o abreviaturas, los cuales podrán ser identificados como sigue:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	ACRÓNIMO
Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Chihuahua	Comisión Estatal / Organismo Local

Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua	Secretaría de Salud Estatal / SSE
Fiscalía General del Estado de Chihuahua	Fiscalía Estatal
Hospital General “Javier Ramírez Topete” de Ciudad Cuauhtémoc, de la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua	Hospital General de la SSE
Hospital Comunitario Gómez Farías de la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua	Hospital Comunitario de la SSE
Hospital Particular “Christus Muguerza, Hospital del Parque”, S.A. de C.V.	Hospital del Parque
Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua	Ley de la Comisión Estatal
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Organización Mundial de la Salud	OMS
Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”	NOM-004-SSA3-2012

I. HECHOS.

5. El 27 de septiembre de 2016, derivado de la presentación de un escrito de queja de **RV**, en el que fueron manifestados hechos violatorios de derechos humanos cometidos en su agravio por personas servidoras públicas adscritas al Hospital General de la SSE, el Organismo Local inició el **EQ**.

6. En el escrito de queja respectivo, **RV** precisó ser una persona adulta mayor y que el día 15 de octubre de 2015, sintió un fuerte dolor abdominal, por lo que al ser beneficiario -en aquel momento- del Seguro Popular, acudió al Hospital Comunitario de la SSE, lugar en el que fue revisado y valorado por **SP1**, refiriéndole como diagnóstico médico que probablemente tenía el apéndice reventado, canalizándolo entonces ese mismo día y en ambulancia, al Hospital General de la SSE, para su debida atención.

7. **RV** expuso que, al llegar al referido nosocomio, fue revisado por **AR1** y **AR2**, quienes después de su valoración médica le diagnosticaron una gastritis aguda y una infección en las vías urinarias [respectivamente], suministrándole y prescribiéndole diferentes medicamentos, ordenando y autorizando su alta médica el 16 de octubre de 2015.

8. En dicho contexto, **RV** señaló que después de diez días de estar sufriendo de los dolores, su familia tomo la determinación de ingresarlo al Hospital del Parque (26 de octubre de 2016), en Chihuahua, Chihuahua, precisando al efecto que después de realizarle los estudios correspondientes, fue informado que ya llevaba el apéndice

reventado pero que en virtud de que tardó varios días así, su situación se había complicado, efectuándole primero una apendicitis y una colostomía para que posteriormente y durante la misma estancia hospitalaria, le realizaran una segunda intervención quirúrgica llamada ileostomía; señalando finalmente **RV** en su escrito de queja que, como consecuencia de lo anteriormente descrito, se incapacitó por no poder hacer nada físicamente.

9. Previa investigación de los hechos descritos, y una vez que la Comisión Estatal integró el referido **EQ**, el 8 de junio de 2018, emitió la Recomendación 38/2018, dirigida al Secretario de Salud del Estado de Chihuahua, al acreditarse que habían sido vulnerados *“los derechos fundamentales [de RV], específicamente al derecho a la protección de la salud”*, en virtud de que *“si hubo un error en el diagnóstico dado -por [AR2]- quien otorgó el alta”* médica y *“no se agotaron los medios de diagnóstico”* inherentes tanto al padecimiento cursado por **RV**, así como a su condición de persona adulta mayor, situación que generó un deterioro en su salud, misma que derivó en la intervención quirúrgica a la que fue sometido de urgencia en el hospital particular referido en el numeral que antecede, *“al encontrar apendicitis perforada y peritonitis aguda” -sic-*, con la cual *“se logró estabilizar su condición de salud”*.

10. Los puntos recomendatorios que se desprenden de la Recomendación 38/2018 y que fueron dirigidos al Secretario de Salud del Estado de Chihuahua, fueron los siguientes:

*“**PRIMERA.-** A usted [...], Secretario de Salud, para que se instruya procedimiento dilucidatorio de responsabilidades en contra del personal del Hospital General ‘Dr. Javier Ramírez Topete’ de Ciudad Cuauhtémoc, Chihuahua, que intervinieron en los hechos analizados en la presente resolución, en el cual se consideren los instrumentos esgrimidos, a efecto de que se determine el grado de responsabilidad en que hayan incurrido y en su caso se impongan las sanciones que correspondan.*

*“**SEGUNDA.-** A usted mismo, se resuelva además, dentro del procedimiento que al efecto se instaure, lo procedente en cuanto a la reparación integral del daño que le pueda corresponder al agraviado, conforme a las consideraciones antes especificadas”.*

11. El 13 de junio de 2018, el Organismo Local notificó a la Secretaría de Salud Estatal la Recomendación 38/2018.

12. Mediante oficio SS/DJ/0286/2018, del 5 de julio de 2018, **SP4** de la SSE, comunicó a la Comisión Estatal, que no era “*posible la aceptación*” de la Recomendación 38/2018, argumentando que “*se desplegaron todas las actividades conducentes que permitieran brindar el acceso al servicio médico oportuno y de calidad a favor [de RV]*”; y que “*...la conducta del médico tratante [AR2] fue la correcta, pues éste tuvo a bien dejar cita abierta a favor del paciente...enfaticando que en ningún momento se visibilizó el evidente descuido y [desidia] que iba a desarrollar el paciente...*”, imputando directamente a **RV** que por “*decisión propia*” esperó “*a pesar de contar con evidente sintomatología...esperando a que el cuadro clínico se agravara...siendo esta conducta por demás irresponsable de su parte*” -sic-.

13. El 9 de agosto de 2018, la Comisión Estatal notificó a **RV** la negativa de aceptación de la Secretaría de Salud Estatal de la Recomendación 38/2018.

14. El mismo 9 de agosto de 2018, en comparecencia ante el Organismo Local, **RV** manifestó de manera general lo siguiente:

“Que una vez que me fue notificado el oficio AM-524/2018, de fecha 11 de junio del 2018, signado por el Lic. Ángel Manuel Mendoza, Visitador adscrito a la Secretaría Técnica de la CEDH, por medio del cual se me informa la NO ACEPTACIÓN de la recomendación 38/2018, por parte de la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua, es mi deseo inconformarme contra dicha resolución. Por lo que en este acto solicito que se me tenga interponiendo el RECURSO DE IMPUGNACIÓN, ya que no me parecen válidos los argumentos que da la Secretaria de Salud del Estado de Chihuahua para no aceptar la recomendación emitida por la CEDH, ya que considero que no se tomó en cuenta el actuar del médico que me atendió y me dio de alta, poniendo en riesgo mi salud al no agotar los medios de diagnóstico para dar un tratamiento adecuado al cuadro de apendicitis que presentaba”.

15. El 18 de septiembre de 2018, mediante oficio CHI-JAO 1148/2018 -fechado el día 5 del mismo mes y año- de la Comisión Estatal, se recibió en este Organismo Constitucional Autónomo la inconformidad planteada, copia certificada del **EQ** iniciado con motivo de la queja de **RV**, así como el informe respectivo. Por lo anterior se radicó el expediente de Recurso de Impugnación **CNDH/4/2018/469/RI**, de conformidad con lo previsto en los artículos 62 y 63, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 163 de su Reglamento Interno.

16. El 21 de noviembre de 2018, mediante el oficio V4/70829 esta Comisión Nacional solicitó un informe a la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua, respecto de los

agravios expuestos por **RV** relacionados con la no aceptación de la Recomendación 38/2018 emitida por el Organismo Local, respondiendo **SP5** el 18 de febrero de 2019 mediante oficio SS/DJ/0098-2019 -fecha el 11 del mismo mes y año-, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo Observaciones de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

17. Recurso de Impugnación del 9 de agosto de 2018, presentado por **RV** en comparecencia ante el Organismo Local, por medio del cual se inconformó por la no aceptación de la Recomendación 38/2018 por parte de la Secretaría de Salud Estatal.

18. Oficio CHI-JAO 1148/2018 del 5 de septiembre de 2018, recibido en esta Comisión Nacional el día 18 del mismo mes y año, a través del cual el Organismo Local envió un informe del 22 de agosto del mismo año, sobre los hechos materia del Recurso de Impugnación, así como copia certificada del **EQ**, del que destacan las documentales siguientes:

18.1. Escrito de Queja presentado por **RV** en la Comisión Estatal el 27 de septiembre de 2016.

18.2. Acuerdo de Radicación de Queja del 27 de septiembre de 2016, por medio del cual el Organismo Local asignó el EQ.

18.3. Oficio 00003322 del 11 de octubre de 2016, suscrito por el entonces director adscrito al Hospital General de la SSE.

18.4. Oficio SS/DJ/0511/2016 del 7 de noviembre de 2016, mediante el cual la Secretaría de Salud Estatal, remitió el informe solicitado por el Organismo Local y exhibió el expediente clínico de **RV**.

18.5. Acta Circunstanciada del 25 de noviembre de 2016, por la que el Organismo Local, hizo constar la recepción de un correo electrónico, remitido por **RV** al cual adjuntó un escrito -constante de 2 foja útiles- del que se desprende su inconformidad respecto del informe señalado en el numeral que antecede.

18.6. Opinión Técnica Médica del 4 de enero de 2017, que fue emitida por una Doctora Médica Cirujana adscrita a la Comisión Estatal.

18.7. Acta Circunstanciada del 17 de enero de 2017, por la que el Organismo Local hizo constar que mediante llamada telefónica se informó a **RV** acerca del contenido de la Opinión Técnico Médica en la que se *“concluyó que si hubo una mala praxis o negligencia médica en su contra”*; solicitando **RV** en dicho acto que se agotase *“la posibilidad de conciliación con la Secretaria de Salud”*.

18.8. Oficio CU GG 10/2017 del 17 de enero de 2017, por medio del cual el Organismo Local propuso al **SP6**, iniciar un proceso conciliatorio respecto de la queja de **RV**.

18.9. Acta Circunstanciada del 13 de febrero de 2017, por la que el Organismo Local hizo constar la comunicación telefónica que ese día se sostuvo con **SP3** de la SSE, quien informó que una vez que dicha Dependencia analizó la propuesta efectuada por la citada Comisión, en el sentido de propiciar una reunión conciliatoria con **RV**, rechazó tal posibilidad sosteniendo nuevamente que no había habido negligencia médica en la actuación de los médicos y que incluso ya tenían un *“dictamen técnico”* que sustentaba su dicho. Haciendo constar entonces que se daba por agotada la referida conciliación.

18.10. Oficio SS/DJ/0054-2017 del 21 de febrero de 2017, por medio del cual la Secretaría de Salud Estatal, remitió para su valoración el *“Dictamen Médico Pericial”* -sic- elaborado por un Asesor Médico de dicha dependencia.

18.11. Oficio SS/DJ/099/-2017 del 16 de marzo de 2017, mediante el cual la Secretaría de Salud Estatal, solicitó al Organismo Local que este a su vez requiriese al Hospital del Parque *“los resultados del estudio histopatológico del apéndice y de las partes seccionadas y extraídas de intestino delgado y grueso que le retiraron”* a **RV**.

18.12. Escrito de abril de 2017 por el que el Representante Legal del Hospital del Parque, remitió a la Comisión Estatal copia fiel y exacta del expediente clínico de **RV**, así como resumen médico en el que se contiene la información detallada respecto a la atención médica que recibiera **RV** en dicho nosocomio privado, incluyendo el *“Reporte Anatomopatológico”*.

18.13. Oficio CU GG 22/2017 del 18 de mayo de 2017, por medio del cual el Organismo Local remitió a **SP4** de la SSE, el Reporte Anatomopatológico señalado en el numeral que antecede y que fue solicitado por la referida autoridad.

18.14. Acta Circunstanciada del 19 de junio de 2017, por la que el Organismo Local hizo constar la comunicación telefónica que se sostuvo con **SP3** de la SSE, ocasión en la que una vez que le refirieron -a dicha autoridad- que ya tenía desde el 23 de mayo de 2017, el estudio histopatológico del apéndice de **RV** solicitado y que este aún estaba abierto al proceso conciliatorio, manifestando al efecto **SP3** que se analizaría *“de nuevo el expediente...para emitir la postura oficial de la Secretaría de Salud respecto del caso en comento”*.

18.15. Acta Circunstanciada del 17 de agosto de 2017, por la que el Organismo Local hizo constar una nueva comunicación telefónica que se sostuvo con **SP3** de la Secretaría de Salud Estatal, en la que la autoridad referida señaló que *“luego de poner en conocimiento de sus superiores la información nueva que obra dentro del expediente y de someterlo nuevamente a su consideración, después de un análisis reiteran su postura de no conciliar [ya que] sus superiores consideran que no hubo violación a los derechos humanos -de RV-...por lo tanto rechazan cualquier acuerdo que pudiera darse con el quejoso”*.

18.16. Oficio CU-GG117/17 del 20 de octubre de 2017, mediante el cual el Organismo Local remitió a la Fiscalía Estatal copia certificada por duplicado del **EQ**, documental que fue requerida por esta última a través del ocurso 342/2017 de fecha 18 de septiembre de 2017.

18.17. Recomendación 38/2018 del 8 de junio de 2018, contenida en el oficio JLAG-161/18, que la Comisión Estatal dirigió a la SSE.

18.18. Oficio CHI-JAO 0788/2018 del 12 de junio de 2018, por el cual se notificó a la SSE la Recomendación número 38/2018, emitida por el Organismo Local el 8 de junio de 2018.

18.19. Oficio AM-463/2018 del 14 de junio de 2018, por el cual el Organismo Local, remitió al Registro Estatal de Víctimas de la Fiscalía General del Estado de Chihuahua la Recomendación 38/2018, a efecto de que **RV** quedase inscrito en el mencionado Registro.

18.20. Oficio SS/DJ/0286-2018 del 5 de julio de 2018, mediante el cual **SP4** de la SSE comunicó al Organismo Local que por instrucciones de **SP6** no era *“posible la aceptación”* de la Recomendación 38/2018.

18.21. Acta de Comparecencia del 9 de agosto de 2018, mediante la cual la Comisión Estatal hizo constar que **RV** fue notificado del rechazo de la SSE de la

Recomendación 38/2018. Inconformándose **RV** en ese acto por la no aceptación de la misma.

19. Oficio CHI-JAO 1148/2018 del 5 de septiembre de 2018, mediante el cual el Secretario Técnico Ejecutivo de la Comisión Estatal, remitió a este Organismo Constitucional Autónomo el Recurso de Impugnación planteado por **RV**.

20. Oficio 57799 del 20 de septiembre de 2018, por medio del cual esta Comisión Nacional hizo del conocimiento de **RV**, acerca del registro del Recurso de Impugnación en este Organismo Constitucional Autónomo, informándole además que a este le había sido asignado el número de expediente **CNDH/4/2018/469/RI**.

21. Oficio V4/70829 del 21 de noviembre de 2018, por el que esta Comisión Nacional solicitó a la **SP5** de la SSE, remitiese un informe fundado y motivado respecto de los agravios expuestos por **RV**.

22. Oficio SS/DJ/0098-2019 del 11 de febrero de 2019, mediante el cual **SP5** de la SSE, remitió el informe señalado en el numeral que antecede, inherente a la no aceptación de la Recomendación 38/2018 emitida por la Comisión Estatal, por parte de la referida autoridad.

23. Opinión Médica del 28 de octubre de 2019, emitida por una Médica Forense de este Organismo Constitucional Autónomo, relacionada con el recurso de impugnación planteado.

24. Escrito del 19 de noviembre de 2020, por medio de la cual una Médica Forense de esta Comisión Nacional, efectúa una serie de precisiones inherentes a la Opinión Médica señalada en el numeral que antecede.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

25. Mediante oficio CU-GG117/17 de fecha 20 de octubre de 2017 -al cual se adjuntó copia certificada por duplicado del **EQ**-, el Organismo Local en respuesta al oficio 342/2017 del 18 de septiembre de 2017, remitió a la Fiscalía Estatal lo anterior con la finalidad de que esta última pudiera "*darle seguimiento*" a la denuncia presentada por **RV** "*por el delito de práctica indebida del servicio médico y/o lo que resulte*".

26. El 8 de junio de 2018, la Comisión Estatal emitió la Recomendación 38/2018, dirigida a la SSE, misma que le fue notificada el día 13 de ese mismo mes y año.

27. El 9 de julio de 2018, mediante oficio SS/DJ/0286-2018 -fecha del 5 de julio de 2018-, **SP4** comunicó al Organismo Local la no aceptación de la Recomendación 38/2018 por parte de la SSE.

28. El 9 de agosto de 2018, en la Comisión Estatal se llevó a cabo la comparecencia de **RV** en la que se le notificó el oficio AM-524/2018, por el que se le hizo de su conocimiento la no aceptación de la Recomendación 38/2018 por parte de la SSE.

29. El 9 de agosto de 2018, inconforme con la no aceptación de la Recomendación 38/18 por parte de la SSE, en la misma acta circunstanciada de comparecencia - señalada en el párrafo que antecede-, se hizo constar la inconformidad de **RV** e interpuso en dicho acto, el Recurso de Impugnación en estudio, el cual de acuerdo a los artículos 62 y 63 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 163 de su Reglamento Interno fue admitido en este Organismo Constitucional Autónomo, radicándose el expediente **CNDH/4/2018/469/RI**.

IV. OBSERVACIONES.

30. De conformidad con el artículo 102, apartado B, primer párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, corresponde a esta Comisión Nacional conocer *“de las inconformidades que se presenten en relación con las recomendaciones, acuerdos u omisiones de los organismos equivalentes en las entidades federativas”*; las cuales se substancian a través de los Recursos de Queja y de Impugnación, previstos en los artículos 55 y 61 de la Ley de este Organismo Nacional.

31. En términos de los artículos 3º, último párrafo, 6º, fracción V y 61 de la Ley de la Comisión Nacional, así como 159, fracción IV, de su Reglamento Interno, el Recurso de Impugnación procede cuando la autoridad no acepte, de manera expresa o tácita, una Recomendación emitida por un Organismo Protector de Derechos Humanos de carácter local.

32. En el presente caso, **RV** se inconformó por la no aceptación de la Recomendación 38/2018 por parte de la SSE, lo que le fue notificado por el Organismo Local en comparecencia el 9 de agosto de 2018 e interpuso ante la Comisión Estatal en ese mismo acto y en la misma fecha, el Recurso de Impugnación en estudio, por tanto, se considera que la inconformidad fue presentada en el plazo de los 30 días naturales posteriores a la notificación, y cumple con los requisitos de procedibilidad y admisibilidad previstos en los artículos 61, 62, 63 y 64, de la Ley de la Comisión

Nacional de los Derechos Humanos; así como 159, fracción IV, 160 y 162, de su Reglamento Interno.

33. Esta Comisión Nacional advierte que la SSE informó al Organismo Local que no aceptaba la Recomendación 38/2018, al considerar que *“se desplegaron todas las actividades conducentes que permitieran brindar el acceso al servicio médico oportuno y de calidad a favor [de RV]”* y que *“la medicina no es una ciencia exacta, tan es así que no se puede reprochar el actuar del equipo médico al no obtener los resultados esperados, a pesar de haber conducido de manera eficiente y apegado a las guías clínicas para tratar los padecimientos respectivos, ya que los mismos como seres humanos, se encuentran limitados y no pueden pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos ya que hay limitaciones propias del profesional...”*.

34. Asimismo, la Secretaría de Salud Estatal argumentó además para no aceptar la Recomendación 38/2018, que *“derivado de las limitaciones con las que cuentan los especialistas médicos como seres humanos que son, y previniendo los mismos esta situación ya que no tienen la certidumbre plena de cómo va a reaccionar cada organismo a los diversos tratamientos...la conducta del médico tratante [AR2] fue la correcta, pues éste tuvo a bien dejar cita abierta a favor del paciente...enfaticando que en ningún momento se visibilizó el evidente descuido y [desidia] que iba a desarrollar el paciente...ya que bajo el común denominador de cualquier otra persona, habiendo sido revisado por un médico y al momento de no percatarse de mejoría a pesar de encontrarse en tratamiento médico...la conducta esperada es que inmediatamente acudan a una unidad médica para verificar la idoneidad del tratamiento indicado por el especialista”,* imputando directamente a **RV** que por *“decisión propia”* esperó *“a pesar de contar con evidente sintomatología...esperando a que el cuadro clínico se agravara...siendo esta conducta por demás irresponsable de su parte”* -sic-.

35. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2018/469/RI**, en términos del artículo 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por esta Comisión Nacional, así como de criterios aplicables de la Corte Interamericana de Derechos Humanos; se considera que en el presente caso existen evidencias suficientes que permiten documentar y confirmar que se vulneraron los derechos humanos de **RV**, acreditándose violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y al acceso a la información en materia de salud de **RV** -persona adulta mayor de 64 años de edad y con desarrollo de 15 años de la enfermedad crónica degenerativa

diabetes mellitus¹ al momento de los hechos-, atribuibles a **AR1** y **AR2**, personas servidoras públicas adscritas al Hospital General “Javier Ramírez Topete” de Ciudad Cuauhtémoc, de la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua; en atención a las siguientes consideraciones:

A. MOTIVACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DE LA RECOMENDACIÓN 38/2018.

36. La Comisión Estatal emitió la Recomendación 38/2018, en ejercicio de las facultades que su propia Ley le confiere, *“para considerar violados los derechos fundamentales de [RV], específicamente al derecho a la protección de la salud”*, cometidas en su agravio y atribuibles a *“personal de salud”* del Hospital General de la SSE.

37. En ese contexto, la citada Recomendación fue sustentada en evidencias que obran en el **EQ**, entre las que destacan: escrito de queja; informe rendido por la Secretaría de Salud Estatal; expediente clínico de **RV** exhibido por la SSE; opinión técnico médica del Organismo Local; dictamen médico pericial -sic- de la Secretaría de Salud Estatal; Resumen médico presentado por el Hospital del Parque del cual se dio vista a la Secretaría de Salud Estatal del estudio anatomopatológico, solicitado por esta; y actas circunstanciadas en las que se hicieron constar diversas comunicaciones entre el Organismo Estatal y la SSE, inherentes a la probable conciliación de la queja de mérito, sin lograr dicha acción dada la negativa de la autoridad señalada como responsable.

38. Del análisis efectuado a las constancias que integraron el **EQ** respectivo, este Organismo Constitucional Autónomo considera que la Recomendación 38/2018 emitida por la Comisión Estatal, contó con los elementos de convicción necesarios que sustentaran una fundamentación y motivación suficiente sobre las violaciones a los derechos humanos descritos en dicha determinación, no así con el contenido y alcances de los puntos recomendatorios, toda vez que el Organismo Local dejó al arbitrio e iniciativa de la propia Secretaría de Salud Estatal -responsable de las violaciones a los derechos humanos de **RV-**, el inicio del *“procedimiento dilucidatorio de responsabilidades”*, sin determinar ni precisar quiénes fueron las autoridades responsables de dichas violaciones y que directamente intervinieron en acción u omisión en los hechos motivos de la queja de cuenta, dejando incluso supeditadas a lo anterior, a las propias medidas de reparación integral del daño, acotando esta acción al supuesto que le pudiese *“corresponder al agraviado, conforme a las especificaciones*

¹ Según datos obtenidos en el sitio Web del Instituto Nacional de Salud Pública del Gobierno de México, la diabetes mellitus *“es un padecimiento en el cual el azúcar (o glucosa) en la sangre se encuentra en un nivel elevado. Esto se debe a que el cuerpo no produce o no utiliza adecuadamente la insulina, una hormona que ayuda a que las células transformen la glucosa (que proviene de los alimentos) en energía. Sin la suficiente insulina, la glucosa se mantiene en la sangre y con el tiempo, este exceso puede tener complicaciones graves”*. Y desde el año 2000, *“en México es la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda entre los hombres”*. INSP, disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/3652-diabetes-en-mexico.html#sup1>.

antes especificadas” -sic-; sin embargo, tales “consideraciones” estaban directamente relacionadas con la instrucción que SP6 hiciese para incoar el o los procedimientos administrativos “a efecto de [determinar] el grado de responsabilidad en que haya incurrido el personal del Hospital General ‘Dr. Javier Ramírez Topete’, respecto de los hechos señalados por [RV]”; no obstante ello, con la finalidad de visibilizar que el recurso de impugnación correspondiente está debidamente fundado, serán robustecidos los argumentos vertidos en la Recomendación de mérito, con la consecuente emisión de nuevos puntos recomendatorios.

B. NEGATIVA POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD ESTATAL PARA ACEPTAR LA RECOMENDACIÓN 38/2018 EMITIDA POR LA COMISIÓN ESTATAL.

39. Esta Comisión Nacional, así como los Organismos equivalentes a ella en las Entidades Federativas, forman parte del Sistema No Jurisdiccional de Protección de los Derechos Humanos de este país, el cual *tiene “entre sus finalidades velar por la debida y adecuada protección de los derechos humanos y por la reparación integral del daño ocasionado a las víctimas cuando se acredita la violación a los mismos, así como exigir que los servidores públicos responsables de garantizarlos sean sancionados de manera proporcional a la gravedad, circunstancia y grado de participación en los hechos violatorios²”.*

40. Los organismos estatales de protección de derechos humanos están dotados de facultades propias cuyas características que los distinguen son precisamente aquellas actividades de protección y defensa de los derechos humanos en las entidades federativas, con el propósito de que se otorgue a las víctimas la reparación integral del daño a los derechos vulnerados, coadyuvando con ello dichos organismos, en la eliminación de la impunidad.

41. Asimismo, para emitir una resolución, las Comisiones Estatales deben llevar a cabo una investigación diligente y exhaustiva, con la finalidad de allegarse de todos los elementos de convicción necesarios para acreditar las violaciones en las que incurrieron las autoridades responsables y garantizar la protección a los derechos humanos.

42. En ese sentido, para la garantía efectiva de los derechos humanos y en cumplimiento de las obligaciones que derivan en virtud de los distintos instrumentos normativos, todas las autoridades deben guiar sus decisiones bajo el *“Principio de*

² Recomendación CNDH 65/2017, p. 31.

*efecto útil*³, el cual implica la aceptación, implementación y cumplimiento de las resoluciones emitidas por los organismos de derechos humanos del país, de tal forma que, en la práctica estos derechos sean efectivamente protegidos.

43. En dicho contexto, la Secretaría de Salud Estatal al no aceptar la Recomendación 38/2018, por una parte, impide de manera directa a **RV** acceder a una reparación integral del daño -no obstante que se acreditó la violación a sus derechos humanos- y por otra, no cumple con la obligación que como autoridad debe observar para promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de **RV**, así como su libre y pleno ejercicio.

44. En tal virtud, este Organismo Constitucional Autónomo considera que la negativa de aceptación de la Recomendación 38/2018 emitida por la Comisión Estatal, tiene un efecto adverso para la plena eficacia del Sistema de protección no jurisdiccional de los derechos humanos, previsto en el apartado B del artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, habida cuenta que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1° de la Constitución Federal, es obligación de todas las autoridades, sin excepción alguna, promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos reconocidos en ella y ser garante de su libre y pleno ejercicio de toda persona.

45. Así pues, es de precisar que del análisis efectuado al cúmulo de evidencias que integraron el Recurso de Impugnación que se estudia, este Organismo Nacional considera que los argumentos vertidos por la SSE para no aceptar la Recomendación, resultan injustificados y no son congruentes con el principio *pro persona*, el cual consiste en brindar la protección más amplia al gobernado, así como a los tratados internacionales en materia de derechos humanos, entre ellos, el derecho a un recurso efectivo, previsto en el numeral 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

C. VALORACIÓN DE LOS ARGUMENTOS EXPUESTOS POR LA AUTORIDAD PARA NO ACEPTAR LA RECOMENDACIÓN.

46. El 18 de febrero de 2019, este Organismo Constitucional Autónomo fue informado mediante oficio SS/DJ/0098-2019, sobre la postura institucional sostenida por **SP5** de la SSE, quien reiteró los argumentos vertidos ante la Comisión Estatal, en el sentido que: *“el médico especialista concluye en base a medios diagnósticos auxiliares, sintomatología y exploración física, efectuar diagnóstico de padecimiento de infección de vías urinarias y con cita abierta en caso de cualquier urgencia...no es susceptible*

³ CrIDH. “Asunto de las Penitenciarias de Mendoza”. Medidas provisionales. Resolución de la Corte del 22 de noviembre de 2004.

reprochar el actuar médico del especialista, ya que el mismo optó por brindar un plan de terapéutico en corresponsabilidad a los padecimientos y medios diagnósticos que en su momento fueron arrojados, ya que ante la sintomatología presentada por el paciente, exámenes de gabinete todo concordaba con una infección urinaria, más sin embargo de manera atinada deja cita abierta para en caso de que el paciente persista con dolor o molestias, ya bajo ese supuesto cambiar el posible diagnóstico así como el plan terapéutico; no obstante el médico especialista no contaba con la conducta irresponsable del paciente, quien desafortunadamente a pesar de persistir con las molestias omite atenderse por 10 días...por lo que se aprecia totalmente un deliberado desapego del paciente a las indicaciones médicas debidamente plasmadas dentro del expediente clínico del quejoso” -sic-.

47. Asimismo, es de destacar que en el referido oficio, **SP5** señaló que era “*importante resaltar que, de acuerdo a la edad del hoy quejoso, que son 64 años de edad cuando sucedieron los acontecimientos, y atendiendo a dicha edad se le considera un adulto mayor, lo cual en sumatorio a su padecimiento crónico consistente en diabetes mellitus, da como resultado que su condición de salud sea más complicada de acertar en cuestión de diagnósticos...lo cual puede llevar a confundirse con alguna otra afectación que pudiera no corresponder...la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, por ende supone que el profesionista no se obliga al logro de un concreto resultado, sino al despliegue de una conducta diligente...desde primero momento se le proporciona la atención médica requerida, e incluso es revisado por médicos especialistas en cirugía general, y se le practican todos los estudios necesarios*”, argumentando y reiterando que a **RV** “*nunca se le negó la atención médica, y siempre se le trató con todos los medios auxiliares de diagnósticos, y por incluso médicos especialistas, por lo que su actuar es totalmente reprochable y e incluso irresponsable en contra de su propia integridad, ya que permitió que pasara el lapso de DIEZ DÍAS...[llegando entonces al nosocomio particular] con apendicitis perforada, peritonitis aguda...*”.

48. En dicho contexto, este Organismo Constitucional Autónomo centrará su estudio en el análisis de las objeciones médicas planteadas por la Secretaría de Salud para no aceptar la Recomendación 38/2018.

D. CONSIDERACIONES PRELIMINARES.

- Sobre la vulnerabilidad de las personas que padecen enfermedades crónicas y sobre las personas adultas mayores.**

49. La reforma constitucional en derechos humanos publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011 estableció, entre otras cuestiones, que las autoridades federales y locales dieran reconocimiento a las normas internacionales de derechos humanos contempladas en los tratados de los que el Estado Mexicano fuera Parte.

50. Asimismo, la SCJN ha sostenido que cuando una norma pueda interpretarse de diversas formas, para solucionar el dilema interpretativo, debe atenderse al artículo 1º, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en virtud del cual, las normas relativas a los derechos humanos deben interpretarse de conformidad con la propia Constitución y los tratados internacionales de los que México sea Parte, lo que se traduce en la obligación de analizar el contenido y alcance de esos derechos a partir del *principio pro persona*; “*de modo que ante varias alternativas interpretativas, se opte por aquella que reconozca con mayor amplitud los derechos, o bien, que los restrinja en la menor medida. De esa manera, debe atenderse al principio de prevalencia de interpretación, conforme al cual, el intérprete no es libre de elegir, sino que debe seleccionar la opción interpretativa que genere mayor o mejor protección a los derechos*”.⁴

51. 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.”⁵ 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.

52. 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”.⁶

53. 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.

⁴ Semanario Judicial de la Federación. “*Principios de prevalencia de interpretación y pro persona. conforme a éstos, cuando una norma genera varias alternativas de interpretación, debe optarse por aquella que reconozca con mayor amplitud los derechos, o bien, que los restrinja en la menor medida*”. Décima Época. Registro 2021124.

⁵ 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.

⁶ CrIDH “*Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89.

54. La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, establece en su artículo 5º fracción I, *“De la integridad, dignidad y preferencia”*, incisos a, d y f, que se debe *“garantizar a estas personas una vida de calidad”*, por lo que es obligación de las Instituciones Públicas, de la comunidad, de la familia y la sociedad, garantizarles el acceso a los programas que tengan por objeto posibilitar el ejercicio de este derecho; así como a *“respetar su integridad física y psicoemocional”*; y a recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las *“instituciones federales, estatales y municipales”*.

55. De igual manera es de destacar que en la fracción III del referido artículo 5º de la misma Ley, *“De la protección de la salud, la alimentación y la familia”*, se prevé en su inciso b) que se debe garantizar a las personas adultas mayores *“a tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional”*.

56. En ese orden, el artículo 18 del citado ordenamiento legal prevé que corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud, *“[...] garantizar a las personas adultas mayores: [...] el derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad; [...] deberán recibir especial atención aquellos programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas y neoplasias entre las personas adultas mayores”*, así como de atención y asistencia a quienes sufren de discapacidades funcionales.

57. Los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida incorporarán medidas de prevención y promoción de la salud a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer un envejecimiento saludable.

58. Al efecto, la OMS señala que las enfermedades crónicas son aquellas de *“larga duración y por lo general de progresión lenta*. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo”.⁷

59. En sentido similar, se 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,

⁷ OMS, *“Enfermedades crónicas”*. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

correspondiente al 71% de la mortalidad mundial, de ello el 85% son consideradas muertes "prematargas"⁸. 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.⁹

60. 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."

61. En tal contexto, esta Comisión Nacional considera que las personas que sufren enfermedades crónicas 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.¹⁰

E. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

62. 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.

63. 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.

64. 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

⁸ OMS, "Enfermedades no transmisibles". Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

⁹ OMS, "Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa", Suiza, OMS, 2006, p. 8.

¹⁰ Recomendación CNDH 82/2017, p. 17.

independencia del derecho a ser asistido cuando se presenten afecciones o enfermedades.

65. 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.

66. 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 [...]*”.¹¹

67. 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*”.¹²

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

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

68.2 Accesibilidad: Las instalaciones, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación;

¹¹ 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.

¹² “*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.

68.3 Aceptabilidad: Las instalaciones, bienes y servicios deben respetar la deontología médica y ser culturalmente apropiados; y

68.4 Calidad: Las instalaciones, bienes y servicios de salud deben ser médica y científicamente apropiados y de buena calidad.¹³

69. 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”¹⁴, 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”.¹⁵

70. 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 servicios médicos en condiciones de: disponibilidad, accesibilidad, (física, económica y acceso a la información) aceptabilidad y calidad”.¹⁶

71. En el caso particular, de las documentales que integran el expediente clínico de **RV** y que fueron proporcionados por parte del Organismo Local a esta Comisión Nacional para su análisis se destaca que, al momento de los hechos, **RV** era una persona adulta mayor de 64 años de edad, que padecía enfermedad diabetes mellitus¹⁷ con 15 años de evolución.

72. En dicho contexto, es de destacar también que la atención médica proporcionada a **RV** por la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua, se efectuó en dos niveles de atención diferentes y en dos hospitales distintos:

¹³ “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.

¹⁴ “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.

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ CNDH. Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, de 23 de abril de 2009, párrafo 24, pág. 7.

¹⁷ La diabetes mellitus “es un padecimiento en el cual el azúcar (o glucosa) en la sangre se encuentra en un nivel elevado. Esto se debe a que el cuerpo no produce o no utiliza adecuadamente la insulina, una hormona que ayuda a que las células transformen la glucosa (que proviene de los alimentos) en energía. Sin la suficiente insulina, la glucosa se mantiene en la sangre y con el tiempo, este exceso puede tener complicaciones graves”. Desde el año 2000, “en México es la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda entre los hombres”. Página electrónica del Instituto Nacional de Salud Pública: <https://www.insp.mx/avisos/3652-diabetes-en-mexico.html#sup1>, consultada el 16 de noviembre de 2020.

72.1 Hospital Comunitario Gómez Farías.

72.2 Hospital General “Javier Ramírez Topete”.

73. De igual manera y con la finalidad de corroborar que **RV** presentó complicaciones derivadas de un inadecuado diagnóstico y egreso del Hospital General de la SSE, se consideraron como referencia las documentales que integran el expediente inherente a la atención médica otorgada en el Hospital Particular “Christus Murgueza, Hospital del Parque”, mismas que se encuentran debidamente glosadas en el expediente de inconformidad materia del presente pronunciamiento.

74. En tal contexto, del conjunto de evidencias que integran el expediente de mérito, se advirtió que el personal médico del Hospital General de la SSE no otorgó a **RV** la atención médica que requería según sus padecimientos, necesidades y características de vulnerabilidad específicas, con independencia de su enfermedad o patología de base (Diabetes Mellitus), pues no se realizó un diagnóstico temprano y adecuado del padecimiento abdominal que **RV** presentaba, ni tampoco se le proporcionó un tratamiento médico oportuno, lo que trajo como consecuencia la violación al derecho a la protección a la salud de **RV**, lo anterior de conformidad con lo previsto en los artículos 32 y 33 fracción II de la Ley General de Salud.

E.1 Atención médica ambulatoria de RV en el Hospital Comunitario de la SSE, el 15 de octubre de 2015.

75. El 15 de octubre de 2015, **RV**, de 64 años de edad y con el antecedente de padecer diabetes mellitus de quince años de evolución, acudió a solicitar atención médica al Hospital Comunitario de la SSE por presentar dolor abdominal precisando haber ingerido penicilina y diclofenaco -sin especificar tiempo ni dosis- y que el dolor ya tenía tres días de iniciado, síntoma que según la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, por tratarse de un adulto mayor -cuya frecuencia de apendicitis es menor-, ameritaba un estudio minucioso para determinar la causa, ello considerando que podía ser secundario a múltiples padecimientos con manifestación atípica por su edad y por cursar una enfermedad crónico degenerativa (Diabetes Mellitus).

76. Ese mismo 15 de octubre de 2015, sin especificar la hora, **SP1** atendió a **RV** y refirió febrícula de 37.8º, taquicardia, y de importancia a nivel abdominal, con peristalsis¹⁸ alterada descrita como de lucha¹⁹, por ser de mayor frecuencia e intensidad a la normal, con resistencia de los músculos abdominales, referida como abdomen de tabla y dolor

¹⁸ Contracciones Musculares Rítmicas organizadas que ocurren a todo lo largo del tubo digestivo. Departamento de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica. <https://www.ucr.ac.cr/>, consultada el 18 de noviembre de 2020.

¹⁹ Se utiliza este término para hacer referencia a la peristalsis que se origina de forma intensa, tanto que produzca movimientos observables en la pared abdominal. Suele observarse al inicio de cuadros intestinales obstructivos.- Ibidem.

focalizado en fosa iliaca derecha (FID), con signo de Mc Burney²⁰ positivo, Psoas²¹ y Talopercusión²² positivos, que son signos patognomónicos de apendicitis y/o peritonitis, además **SP1** agregó que contaba con estudios de laboratorio, los cuales reportaron leucocitis.²³

77. Por los hallazgos clínicos y de laboratorio descritos en el párrafo que antecede, en la Opinión Médica de este Organismo Constitucional Autónomo, se señaló que adecuadamente **SP1** determinó que **RV** cursaba con el diagnóstico de abdomen agudo²⁴ o probable apendicitis²⁵, sustentando dicho diagnóstico al haber identificado 8 de 10 puntos en la “Escala de Alvarado”²⁶, por lo que también de manera adecuada envió por medio de Referencia a **RV** con carácter de urgente, al Hospital General de la SSE, para que fuese valorado y recibiera el tratamiento especializado por el servicio de Cirugía General del citado nosocomio; de la misma forma es de destacar que ante el diagnóstico de mérito, **SP1** no administró, ni prescribió tratamientos farmacológicos a **RV**, ello, con la finalidad de no confundir el diagnóstico, controlando la temperatura del paciente con medios físicos, todo esto con apego a lo establecido al efecto en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis.

78. Asimismo, es de destacar que, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se asentó que ante un cuadro clínico sospechoso de apendicitis, el paciente debe ser enviado de medicina familiar a urgencias inmediatamente y no requiere estudios de laboratorio ni de gabinete. Para normar conducta diagnóstico-terapéutica se debe considerar la edad y el tiempo transcurrido entre el inicio del dolor y el momento en que el paciente se encuentra en la consulta; la enfermedad puede empezar en una forma insidiosa con dolor constante poco intenso y temperatura normal o con ligera elevación. Frecuentemente el dolor se presenta en forma generalizada de larga duración (más de tres días) distensión abdominal, disminución de ruidos intestinales y existe parálisis intestinal, precisando al efecto que en el adulto mayor puede presentar cuadro

²⁰ Hipersensibilidad máxima o dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen (punto localizado exactamente entre 2.5 y 6.5 centímetros, de la apófisis espinosa anterior del iliaco, en una línea recta desde dicha referencia hasta el ombligo o cerca del mismo).

²¹ Músculo que se encuentra en la cavidad abdominal y en la parte anterior del muslo.

²² Dolor en fosa iliaca derecha con paciente en decúbito dorsal al elevar ligeramente el miembro pélvico derecho y golpear ligeramente en el talón. Rebolgar González R. C. p. 213.

²³ Aumento de leucocitos en la sangre. Los leucocitos son parte del sistema inmunitario del cuerpo y ayudan a combatir infecciones y otras enfermedades.

²⁴ 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 preciso ante la posibilidad de que sea susceptible de tratamiento quirúrgico urgente.- Guía de Práctica Clínica Laparotomía y/o Laparoscópica diagnóstica en abdomen agudo no Traumático en el Adulto México: Secretaría de Salud, 2010; p. 10.

²⁵ Apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acumulo de moco asociado con poca elasticidad de la serosa.- Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la Apendicitis Aguda; 2009, p. 8.

Apendicitis simple: Apéndice inflamado, en ausencia de gangrena, perforación o absceso periapendicular.- Ídem.

²⁶ Puntuación para el diagnóstico de apendicitis aguda. La Escala de Alvarado permite diagnosticar en el abdomen agudo y a través de diez puntos clave, la apendicitis aguda en el grupo de alto riesgo, -por lo que- las decisiones deben de ser cautelosas al considerar la enfermedad.

confusional agudo y deterioro del estado general. En todo adulto con dolor abdominal de evolución aguda o subaguda, se debe interrogar el tiempo de evolución, evaluar signos vitales incluyendo tensión arterial, frecuencia cardiaca, respiratoria y temperatura.

79. En este sentido, en la Opinión Médica de este Organismo Constitucional Autónomo, se precisó que por los hallazgos clínicos y de laboratorio de **RV**, adecuadamente **SP1**, determinó que el paciente cursaba con el diagnóstico de *“abdomen agudo o probable apendicitis”*, sustentando dicho diagnóstico por haberlo encontrado con 8 de 10 puntos en la escala de Alvarado (Puntuación para el diagnóstico de apendicitis aguda), por lo que también de manera adecuada lo envió por medio de Referencia al Hospital General de la SSE, *“con carácter de urgente”*, para ser *“valorado y recibir tratamiento especializado por el servicio de Cirugía General”*, de la misma forma no le administró, ni prescribió tratamientos farmacológicos con el fin de no confundir el diagnóstico y controló la temperatura del paciente con medios físicos, todo esto con apego a lo que establece al efecto la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis.

E.2 Atención médica hospitalaria de RV, del 15 de octubre de 2015 al 16 de octubre de 2015, en el Hospital General de la SSE.

80. De acuerdo con la Referencia de **SP1** y según la Hoja de Registro de Enfermería del 15 de octubre de 2015, **RV** ingresó al Hospital General de la SSE en el turno nocturno, precisando al respecto que este arribó en ambulancia al citado nosocomio, por presentar dolor abdominal agudo; sin embargo, no fue posible conocer y/o determinar las condiciones de dicho traslado, en virtud de que no existe el reporte de la ambulancia.

81. A las 20:00 horas del 15 de octubre de 2015, **RV** fue atendido en el servicio de urgencias por **AR1**, quien lo encontró con febrícula de 37.5 °C, temperatura que había disminuido ligeramente, en respuesta a ser tratada con medios físicos, como se describió en la hoja de envío respectiva, pero continuaba con taquicardia (102 latidos por minuto); por lo que en ese momento describió haberlo encontrado sin fiebre, consciente, con buena coloración e hidratada de piel y mucosa oral, campos pulmonares ventilados, abdomen doloroso en cuadrante inferior derecho y peristaltismo normal.

82. Por lo antecedentes y hallazgos clínicos, **AR1** integró los diagnósticos de abdomen agudo y Gastritis aguda e indicó que se le administraran a **RV** 500 mililitros de solución fisiológica en ocho horas, 40 miligramos de omeprazol por vía intravenosa cada 12

horas, un ámpula de butilhioscina como dosis única y que permaneciera en observación. Asimismo, **AR1** comentó el resultado de estudios de laboratorio, los cuales reportaron leucocitos 23.90 (normal 4.5-11) y linfocitos de 8.20 (normal 1.5-4.5), ambos parámetros compatibles con un proceso infeccioso. Finalmente, **AR1** solicitó que se le realizará al paciente biometría hemática, química sanguínea, determinación de tiempos de coagulación y examen general de orina²⁷.

83. Con relación a lo descrito, es de precisar que el principal síntoma de **RV** fue el dolor abdominal, el cual se corroboró que se localizaba en el cuadrante inferior derecho del abdomen a la exploración física de aquel momento, destacando que los estudios de laboratorio determinaron que cursaba con leucocitosis de 23,900; es decir, **RV** presentó 2 de las 3 manifestaciones clínicas y de laboratorio con mayor sensibilidad para el diagnóstico de apendicitis, contenidos en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda, en este caso: 1. dolor característico en el cuadrante inferior derecho y 2. datos de laboratorio compatibles con respuesta inflamatoria (leucocitosis elevados), alteraciones clínicas ante las cuales de forma inadecuada **AR1** no integró de forma específica a un diagnóstico de probable apendicitis que refirió horas antes **SP1** e íntegro los diagnósticos de abdomen agudo y Gastritis aguda.

84. En este sentido, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional señaló que **RV** efectivamente presentaba datos de abdomen agudo, tales como dolor abdominal reciente (de 48 horas a 6 días de evolución anterior) y signos de peritonitis que en ese momento no fueron descritos, pero que fueron el motivo de su envío a urgencias: rigidez abdominal (abdomen en tabla) e incremento en la sensibilidad, síndrome que engloba múltiples patologías como perforación de víscera hueca, isquemia intestinal, cáncer, sangrado de tubo digestivo, pancreatitis, oclusión intestinal, apendicitis aguda, entre otras; padecimiento que requiere un diagnóstico rápido y preciso porque es susceptible de requerir un tratamiento quirúrgico urgente y de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Laparotomía y/o Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo no Traumático en el Adulto, la atención del paciente inicia con una historia clínica completa seguida de estudios no invasivos como: ultrasonido, tomografía axial computarizada y resonancia magnética, que una vez realizados y ante la duda diagnóstica, se procede a efectuar métodos invasivos como una punción guiada o no por ultrasonido, lavado peritoneal, laparoscópica o endoscópica; y cuando los hallazgos clínicos no muestran un diagnóstico definitivo y el paciente continua con signos de abdomen agudo, está

²⁷ En el adulto mayor la frecuencia de apendicitis es menor. La causa de dolor abdominal agudo en orden de frecuencia son las enfermedades biliares, la obstrucción intestinal, tumores y causas vasculares. Además, es frecuente el dolor abdominal referido, procedente de padecimientos torácicos, por lo que en pacientes ancianos se recomienda, solicitar fórmula blanca, examen general de orina, creatinina, electrolitos séricos, placa simple de abdomen de pie y decúbito, y telerradiografía de tórax. En urgencias un adulto con dolor abdominal agudo o subagudo su evaluación inicial debe incluir además biometría hemática y placas simples de abdomen y tórax.- Guía Rápida para el Diagnóstico Clínico y Paraclínico de Apendicitis Aguda, Capítulo Adulto Mayor, Instituto Mexicano del Seguro Social, p. 2.

indicada una laparotomía exploradora (abierta o endoscópica) para evitar el retraso en el tratamiento, ello, con el fin de disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad de los pacientes; estudios no invasivos que en ese momento y de manera inmediata no fueron solicitados por **AR1** ante su propio diagnóstico de abdomen agudo, para iniciar el estudio de **RV**.

85. Previo a la valoración del servicio de cirugía general que estableció **SP1** y ante el diagnóstico de abdomen agudo, **AR1** de manera inadecuada indicó que se administrara a **RV** un ámpula de butilioscina²⁸; sin embargo, la bibliografía médica establece que el diagnóstico puede ser difícil en pacientes a quienes previamente se les han administrado medicamentos, ya que este se torna atípico e inespecífico, comúnmente denominado cuadro “*enmascarado*”.²⁹

86. **AR1** además de dificultar el diagnóstico con la prescripción de butilioscina, indicó que el paciente permaneciera en observación; sin embargo, omitió solicitar en ese momento placas simples de abdomen y tórax, ultrasonido, tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética. Estudios complementarios que ameritaba **RV** ante el diagnóstico de abdomen agudo y considerando su situación de vulnerabilidad al cursar una enfermedad crónica degenerativa y ser además una persona adulta mayor, esto con el objetivo de iniciar el estudio del paciente, para identificar el órgano o región primeramente afectado y evitar complicaciones y que previamente a su medicación fuera valorado por el servicio de cirugía general, como lo recomienda la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda.

87. El 16 de octubre de 2015, a las 04:40 horas, **RV** continuaba con dolor localizado en la fosa iliaca derecha (cuadrante inferior derecho del abdomen) y fue revalorado por **SP2**, quien retomó que el paciente fue referido por el Hospital Comunitario de la SSE por cursar dolor abdominal agudo y probable apendicitis, a la exploración física lo encontró tranquilo, consciente y orientado, sin compromiso cardiaco o pulmonar el abdomen con resistencia muscular a la palpación media, puntos de Mc Burney, Psoas, obturador y rebote, positivos; sin dolor o hipersensibilidad en la región lumbar (puño percusión o signo de Giordano positivo), característico del cólico renoureteral, secundario a la obstrucción del uréter por un cálculo, es decir, sin signos clínicos compatibles con alteraciones del tracto urinario.

²⁸ La butilioscina, que es un fármaco que inhibe el espasmo y como consecuencia el dolor del tracto gastrointestinal y genitourinario, había que agregar el antecedente de que **RV** previo a solicitar atención médica en el Hospital Comunitario de la SSE, se trató con antibiótico y antiinflamatorio (penicilina y diclofenaco), sin especificar periodicidad ni dosis; por lo que se determinó en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional que ambos manejos inespecíficos, enmascararon el cuadro clínico del paciente.

²⁹ Vázquez M. JD. P. 106.

88. Por el dolor localizado en el cuadrante inferior derecho del abdomen de **RV**, además de los signos de resistencia muscular a la palpación media abdominal y signos patognomónicos³⁰ de Mc Burney, Psoas, obturador y rebote, positivos de forma adecuada **SP2** integró el diagnóstico clínico de Apendicitis y correctamente solicitó que **RV** fuera valorado por el servicio de cirugía general, comentando que se encontraba pendiente el reporte de estudios de laboratorio.

89. El 16 de octubre de 2015, se estableció en una nota médica, el resultado de los estudios de laboratorio de **RV**, con los que es posible corroborar que el paciente continuaba con leucocitosis de 12 mil (normal 4.5 000 a 11 000) y neutrofilia de 11.0 (normal 1.8 a 7 K/uL) porcentaje alto de neutrófilos de 85% (normal 45-75 %); siendo este uno de los tres datos de mayor sensibilidad para el diagnóstico de apendicitis de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda.

90. Es importante destacar que en dicha nota médica no se describieron las características clínicas de **RV**, tales como establecer la hora, las constantes vitales de **RV**, los datos de la exploración física al momento de su valoración, su evolución y su estado actual, el nombre de la persona servidora pública que la emitió o su cédula profesional; situación que no permitió determinar el estado de salud de **RV** en ese momento, contraviniendo lo dispuesto al efecto por la NOM-004-SSA3-2012.

91. La Opinión médica de esta Comisión Nacional estableció respecto a los resultados de dichos estudios de laboratorio que estos ameritaban de un análisis minucioso considerando que la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda establece que el proceso inflamatorio generado por la apendicitis puede ocasionar piuria, hematuria o bacteriuria en el 40% de los pacientes, y establece además que una cuenta de eritrocitos mayor a 30 células por campo de alto poder o de leucocitos mayor de 20 células por campo de alto poder apoyan el diagnóstico de infección de vías urinarias, parámetros de eritrocitos y leucocitos, que en **RV** si correspondían a piuria y hematuria pero que no apoyaban enérgicamente el diagnóstico de infección de vías urinarias con el que posteriormente lo darían de alta.

92. A las 10:16 horas del 16 de octubre de 2015, **AR2** del servicio de cirugía general describió haber atendido a un paciente masculino de 64 años de edad que fue ingresado al servicio de urgencias con el diagnóstico de probable apendicitis.

93. En esa ocasión **RV** le manifestó a **AR2** que inició su padecimiento con dolor en fosa iliaca derecha, negó la presencia de náusea y vómito y que se encontraba en ayuno de 12 horas de evolución. A la exploración física **AR2** refirió que lo encontró con signo de

³⁰ Que caracteriza y define una determinada enfermedad o padecimiento médico.

Mc Burney positivo, que como se señaló anteriormente, es una de las manifestaciones clínicas de mayor sensibilidad para el diagnóstico de apendicitis de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda. En ese momento **AR2** estableció: sin signo de psoas, obturador, talopercusión³¹, Rovsing³² ni Von Blumberg³³, que son signos de irritación peritoneal o hipersensibilidad abdominal³⁴, que si presentó **RV** previamente y que fueron el motivo de su traslado a valoración especializada por el servicio de cirugía y que en ese momento no fueron evidentes; sin embargo, se debía considerar que el paciente ya había sido medicado con un antiespasmódico (butilhioscina) para tratar precisamente el dolor abdominal.

94. Asimismo, **AR2** comentó el resultado de los primeros estudios de laboratorio, no así los realizados en ese Hospital General de la SSE, siendo compatibles con leucocitosis de 12.89 (normal 4.5-11 k/uL) y Neutrofilia de 11.0 (normal 1.8 a 7 K/uL), que es una más, de las tres manifestaciones fundamentales, (leucocitosis con mayor predominio de neutrófilos), con mayor sensibilidad para establecer el diagnóstico de apendicitis, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda, a pesar de los cuales, **AR2** no integró el diagnóstico de apendicitis aguda que cursaba **RV**.

95. En dicho contexto, **AR2** agregó en su valoración médica el resultado del examen general de orina de **RV**, el cual reportó aspecto turbio, proteínas, sangre y 10 a 12 eritrocitos por campo, que son parámetros que corresponden a la excreción de sangre por la orina (hematuria) y 15 a 20 leucocitos por campo, precisando al respecto en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional que dichas sangre y bacterias en la orina, se presentan en un proceso inflamatorio generado por una apendicitis y que de acuerdo a los parámetros médicos establecidos en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda; no apoyaban con suficiente fuerza el diagnóstico de infección de vías urinarias, por lo que de manera inadecuada **AR2** integró el diagnóstico de infección de vías urinarias, además de que clínicamente, no describió haber encontrado a **RV** con signos clínico compatibles con tal infección, incluso reiteró en su nota médica que el signo de Giordano fue negativo, el cual de haber sido positivo hubiese reflejado dolor en la región renal, secundario a alteraciones del tracto urinario, es decir, dicho signo negativo evidenció la no existencia de una patología renal de **RV**.

³¹ Dolor en fosa ilíaca derecha con paciente en decúbito dorsal al elevar ligeramente el miembro pélvico derecho y golpear ligeramente en el talón.- Rebollar González R. C. p. 213.

³² Dolor en el cuadrante inferior derecho cuando se presiona en el cuadrante inferior izquierdo, indica el signo de irritación peritoneal.- Schwartz Seymour I. p. 1477.

³³ Dolor en fosa ilíaca derecha a la descompresión. Se presenta en 80% de los casos.

³⁴ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis, 2009; p. 11, 14-16.

96. De manera inadecuada **AR2** determinó sin signos clínicos, ni parámetros de laboratorio con la fuerza necesaria, que **RV** presentaba una infección de vías urinarias e indicó su alta del servicio con cita abierta a urgencias, sin haberle realizado o solicitado ningún estudio complementario de imagen para descartar alguna patología abdominal, como lo recomiendan las Guías de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda y Laparotomía y/o Laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo no Traumático en el Adulto, por lo que contrario a lo señalado en su oportunidad tanto por **SP5**, como por **SP3** y **SP4**, la atención a **RV** no fue completa, adecuada, ni oportuna, exponiéndolo a las complicaciones inherentes a la evolución del padecimiento, como finalmente acaeció en torno a la perforación del apéndice cecal, que **RV** días después presentó, incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad.

97. **RV** contaba con dolor abdominal y leucocitosis, que ameritaban de estudios de gabinete complementarios, que no se le realizaron ni se solicitaron, porque además de la apendicitis, **AR1** y **AR2** por la edad de **RV** y su padecimiento crónico degenerativo de diabetes mellitus, debieron descartar múltiples enfermedades posibles de origen biliar, obstrucción intestinal, tumores e incluso aquellas generadas por causas vasculares, debiendo considerar que podía presentar dolor de menor intensidad o un cuadro clínico atípico. Al efecto la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis Aguda recomienda que en un adulto mayor con dolor abdominal agudo, se le descarte además de los padecimientos antes señalados: litiasis vesicular y trombosis mesentérica.

98. No escapa a este Organismo Constitucional Autónomo con relación a la indicación de *“cita abierta a urgencias”* que determinó **AR2** en el alta médica de **RV** y que argumentó en su momento la Secretaria de Salud Estatal, por conducto de **SP5**, que el artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, señala que se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata, de lo anterior se señala que **RV** por una parte ya se encontraba en una situación de urgencia que previamente fue valorada por **SP1** y precisamente por ello ordenó su traslado al servicio de urgencias del Hospital General de la SSE, y por otra parte, el artículo 76 del mismo ordenamiento legal establece que el ingreso de usuarios a los hospitales será voluntario, cuando éste sea solicitado por el propio enfermo y exista previamente indicación al respecto por parte del médico tratante, por lo tanto, dicha *“cita abierta a urgencias”* es una indicación por demás imprecisa en el presente caso y cuya materialización o realización en los hechos de ninguna manera resulta imputable a la *“irresponsabilidad”*, *“descuido”*, *“desidia”* o *“conducta reprochable”* que en su oportunidad señalaron **SP3**, **SP4** y **SP5**, respecto de **RV**, y que además precisaron como argumento para no aceptar la Recomendación del

Organismo Local, ya que **RV** al no ver protegido su estado de salud, ni restaurarse este, sino al contrario, su padecimiento se agravó de manera considerable, no acudió más al referido nosocomio en virtud de que precisamente en ese mismo lugar, no efectuaron un diagnóstico adecuado y certero, respecto de su padecimiento, que impidió dar y como consecuencia seguir un tratamiento oportuno, por lo que es de destacar que para este Organismo Constitucional Autónomo, los adjetivos utilizados por las citadas personas para referirse directamente a **RV**, a su “conducta” o a supuestas acciones irresponsables de su parte, con relación a esa “cita abierta a urgencias” se encuentran absolutamente fuera de todo contexto y perspectiva de derechos humanos.

99. Para robustecer lo anterior, es de mencionar que el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece por una parte que: “[...] todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad [...]”; y por otra, prevé que “[...] queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas [...]”. -Énfasis añadido-

100. Asimismo, el artículo 7º, fracciones I y II, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica establecen que justamente la “atención médica” es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud; y que por “Servicio de Atención Médica” debe entenderse al conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, acciones estas que no se observaron en la atención de **RV** y que como se concatena con el párrafo que antecede, esta Comisión Nacional considera que de ninguna manera son imputables a **RV**.

101. En dicho contexto, es de destacar que en el artículo 8º fracciones I y II, del referido ordenamiento jurídico, se prevé que las actividades de atención médicas preventivas incluyen acciones de promoción general y protección específica, como es el caso en particular de **RV** que cursaba un padecimiento específico de Diabetes Mellitus: y las actividades de atención médicas curativas son aquellas que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos, que en el caso en particular no se observó dado el padecimiento de apendicitis que desarrollaba **RV** cuando el diagnóstico de alta respectivo fue el de infección en las vías urinarias, cuya consecuencia fue, amén de un

tratamiento inadecuado, la perforación del apéndice cecal, que **RV** días después presentó, incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad.

102. Por lo tanto, si **AR2** en su calidad de especialista, indicó el alta del paciente, fue porque consideró que la atención médica otorgada y el tratamiento establecido eran suficientes para remitir el padecimiento. De haber integrado un diagnóstico probable con riesgo de complicaciones, debió indicar su permanencia en el servicio de hospitalización para vigilar su evolución y respuesta al tratamiento, sin indicar como plan el alta médica y la cita abierta a urgencias, toda vez que el paciente ya había sido atendido y no estaba obligado a regresar, máxime que como se señaló en un párrafo anterior, el Hospital General de la SSE estaba obligado a proteger, promover y restaurar la salud de **RV**, así como a garantizar la intervención sistemática de recursos para para la prevención y curación de las enfermedades y padecimientos que en ese momento, justamente en el área de urgencias, presentó **RV**.

103. De igual manera es de señalar que en el expediente clínico de **RV**, mismo que fue en su oportunidad proporcionado por la Secretaría de Salud Estatal, no se encontró la “*Nota de Egreso Hospitalario*”, contraviniendo de nueva cuenta lo dispuesto al efecto en la “NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico”, ya que en la citada nota debió establecerse expresamente el motivo del egreso, diagnósticos finales, resumen, evolución y estado actual de **RV**, manejo durante su estancia hospitalaria, problemas clínicos pendientes, plan de manejo y tratamiento, así como las recomendaciones de vigilancia y pronóstico, por lo que es de precisar que el Hospital General de la SSE, incumplió con el cumplimiento de dicha norma.

E.3 Atención médica hospitalaria de RV, del 26 de octubre de 2015 al 29 de octubre de 2015, en el Hospital del Parque.

104. El día 26 de octubre de 2015, a las 18:00 horas, **RV** ingresó al servicio de urgencias del Hospital del Parque, en donde fue atendido por **MHP1** y **MHP2**, ocasión en la que refirió que inició su padecimiento actual, aproximadamente 15 días antes, de forma súbita, con dolor intenso en la parte inferior del abdomen, que fue diagnosticado y tratado como una infección de vía urinarias, sin que se especificara el nombre, dosis, vía de administración y periodicidad de los fármacos utilizados, a pesar de lo cual continuó con dolor de menor intensidad pero constante, con dificultad para reír y alimentarse, así como salida de materia fecal sin control de esfínter.

105. A la exploración física encontraron a **RV** con, niveles de glucosa capilar altos que reflejaban su inestabilidad metabólica, secundaria al poseso séptico, con palidez de tegumentos, mucosa deshidratada, pulmones con murmullo vesicular ausente, en base

pulmonar derecha, abdomen en tabla, o rigidez muscular, con dolor a la palpación superficial generalizada y con una masa palpable en hipocondrio derecho.

106. Por los antecedentes de **RV** de haber cursado dolor abdominal que fue tratado como una infección de vía urinarias, a pesar de lo cual el dolor persistía, además de tener dificultad para alimentarse, presentar salida de materia fecal sin control del esfínter y haberlo encontrado con mal estado general, rigidez muscular abdominal, con dolor a la palpación superficial generalizada y una masa palpable en hipocondrio derecho; en el Hospital del Parque se determinó que el dolor abdominal por el cual solicitó atención médica cursaba complicaciones derivadas del padecimiento que no fue advertido oportunamente, por lo que después de siete a diez días de presentar dolor en la fosa iliaca derecha, se asocia una masa palpable que corresponde a un absceso periférico al apéndice³⁵, fue adecuado establecer que **RV** cursaba con un abdomen agudo, del cual se debía determinar su causa.

107. El mismo **26 de octubre de 2015**, **MHP3** reportó como resultado del estudio de tomografía de abdomen, simple y contrastada, haber encontrado hallazgos compatibles con una apendicitis aguda complicada, asociada a colecciones abdominales, una colección sub-capsular hepática y derrame pleural derecho. Estudio que es considerado como el *patrón de oro*, en los casos de duda diagnóstica, porque puede detectar con gran precisión la apendicitis aguda.

108. En este orden, es de destacar que tales estudios de imagen no le fueron indicados ni realizados a **RV** durante su hospitalización previa del 15 al 16 de octubre de 2015, en el Hospital General de la SSE, por lo que se reitera que la atención médica otorgada en el citado nosocomio no fue completa, adecuada y oportuna, toda vez que como se señaló en el párrafo respectivo, no se le realizó a **RV** ningún estudio de imagen, es decir, no se agotaron los recursos diagnósticos para descartar que cursaba una apendicitis aguda.

109. El 26 de octubre de 2015, a las 22:20 horas, inició el procedimiento quirúrgico de **RV**, quien ingresó ese mismo día con el diagnóstico de apendicitis complicada y peritonitis, realizándole entonces una laparotomía, egresando de dicha intervención según la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, con los diagnósticos de apendicitis perforada con peritonitis fecal que ameritó de apendicectomía, resección del colón derecho (hemicolectomía derecha) y de derivación del tubo digestivo por vía abdominal para la eliminación de sus evacuaciones (ileostomía).

³⁵ Rebollar González R. C., p. 214.

110. La Opinión Médica de esta Comisión Nacional señaló que por los hallazgos reportados en la cirugía precisada en el párrafo que antecede, se determinó que **RV** cursó con una apendicitis aguda que no fue diagnosticada ni tratada oportunamente durante su hospitalización del 15 al 16 de octubre de 2015 en el Hospital General de la SSE, toda vez que previamente a la indicación de alta del servicio de cirugía, el personal médico tratante no le realizó, ni solicitó ninguno de los estudios de imagen recomendados para descartar que el paciente cursara con una apendicitis aguda, proceso obstructivo del apéndice que evolucionó hasta la necrosis y perforación del órgano, con la subsecuente infección y perforación del colón por contigüidad, situación que ameritó la resección de parte del intestino grueso (hemicolecotomía) y la derivación del tubo digestivo por vía abdominal para la eliminación de sus evacuaciones (ileostomía) para su sanación.

111. El 29 de octubre de 2015, se reportaron los resultados del estudio anatómico-patológico, de la hemicolecotomía y de la apendicetomía practicados a **RV**, en los que, según la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se refirió haber encontrado una apendicitis aguda perforada con formación de absceso pericolónico, peritonitis aguda fibrinopurulenta (datos de infección) y cambios reactivos de la mucosa del ciego y colón ascendente con edema y congestión.

112. Con el citado reporte histopatológico es concluyente determinar que la oclusión de la luz del apéndice de **RV** inició aproximadamente el día 15 de octubre de 2015, motivo por el cual solicitó atención médica en el Hospital Comunitario de la SSE, desde donde se ordenó adecuadamente su traslado en ambulancia al Área de Urgencias del Hospital General de la SSE para valoración especializada de cirugía general, lugar en el que por no haberle realizado los estudios de imagen complementarios para establecer el diagnóstico de apendicitis aguda, dicha patología no fue advertida y tratada oportunamente, favoreciendo la evolución del proceso infeccioso y la oclusión de la circulación sanguínea del órgano, con la consecuente muerte del mismo (necrosis) hasta su perforación, situación que derivó en la formación de un absceso en la periferia infectando al colón por contigüidad, con su subsecuente perforación, misma que ameritó de la resección de parte del intestino e incrementó de manera considerable el riesgo de morbilidad y mortalidad de **RV**.

113. En ese contexto, y respecto al estudio histopatológico referido en el párrafo que antecede, es menester precisar que **SP4** precisó textualmente -por instrucciones de **SP6**- en el oficio SS/DJ/0286-2018 del 5 de julio de 2018 (notificación de no aceptación de la Recomendación 38/2018) que:

“...dentro del resumen clínico emitido por la clínica particular... mediante estudio de imagenología TAC muestra una apendicitis (no perforada) complicada, asociada a una supuesta colección intra-abdominal, que por hallazgos quirúrgicos se encuentra ‘perforación de colon ascendente’ y no perforación de apéndice cecal; resultando por demás curioso que en dicho resumen clínico, no se haga mención del tipo de colección intraabdominal -sic- recolectada, la cantidad de la misma; el tipo y la dimensión de la perforación de colon ni a qué nivel. Además de que se omitió señalar el destino de las piezas extirpadas durante la cirugía, es decir, si fueron sometidas durante el trans o postoperatorio a estudio de histopatología, por lo que desprende del resumen clínico en mención que nunca existieron datos claros...”

114. Lo anterior resulta relevante pues ese mismo argumento, de manera textual lo refirió **SP5** en el oficio SS/DJ/0098/2019 de fecha 11 de febrero de 2019 que dirigió a este Organismo Constitucional Autónomo; sin embargo, es de puntualizar que por una parte ambas personas servidoras públicas aceptaron tácitamente que resultado del estudio de imagenología TAC -que en el Hospital General de la SSE no se realizó ni se solicitó- **RV** mostraba una apendicitis -misma que no fue diagnosticada y menos tratada en el referido nosocomio-; y por otra parte, que contrario a lo señalado por **SP4** y **SP5** en los recursos de mérito, en el sentido de que no existieron datos claros o que les resultaba curioso que en dicho resumen clínico, no se mencionara entre otros, el tipo de colección intra-abdominal recolectada y sí estos fueron sometidos a estudio de histopatología.

115. Al respecto, es de destacar que la Comisión Estatal mediante oficio CUGG 22/2017 del 18 de mayo de 2017, envió precisamente a **SP4** el reporte anatomopatológico que le proporcionó el Hospital del Parque, destacando al respecto que personal adscrito al Organismo Estatal, estableció comunicación con **SP3** el 19 de junio de 2017, ocasión en la que ante la nueva evidencia (estudio histopatológico), **SP3** señaló que analizaría nuevamente el caso para emitir la postura oficial de la SSE; posteriormente, **SP3** informó al Organismo Estatal que *“luego de poner en conocimiento de sus superiores la información nueva que obra en el expediente y de someterlo nuevamente a su consideración”*, reiteraron su postura de no conciliar, es decir, la Secretaría de Salud Estatal si contó con datos claros que le permitiesen valorar lo conducente, toda vez que les fue remitido el expediente clínico de la atención recibida por **RV** en el Hospital del Parque, así como el estudio anatomopatológico efectuado en el referido nosocomio.

116. Así pues, del conjunto de evidencias que integran el expediente de cuenta, en particular de la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, el personal médico del Hospital General de la SSE precisado en los párrafos anteriores, identificados como **AR1** y **AR2**, en los ámbitos de sus respectivas competencias, dejaron de otorgar a **RV** la atención médica que requería, de acuerdo a los padecimientos que presentó del 15 al 16 de octubre de 2015, pues al no haber realizado un diagnóstico adecuado, impidió dar un tratamiento oportuno a **RV**, lo que trajo como consecuencia el deterioro de su salud y por tanto la violación a su derecho a la protección a la salud, lo que desacredita y contraviene lo referido al efecto por la SSE en el sentido de que *“se desplegaron todas las actividades conducentes que permitieran brindar el acceso al servicio médico oportuno y de calidad a favor [de RV]”* y que *“no se puede reprochar el actuar del equipo médico al no obtener los resultados esperados, a pesar de haber conducido de manera eficiente y apegado a las guías clínicas para tratar los padecimientos respectivos...”*.

117. Es de mencionar que la misma autoridad -SSE- señaló también en la argumentación para no aceptar la Recomendación 38/2018 del Organismo Local, que el equipo médico que atendió a **RV**: *“...como seres humanos, se encuentran limitados y no pueden pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos ya que hay limitaciones propias del profesional...”*, limitaciones que a consideración de esta Comisión Nacional, precisamente originaron la intervención quirúrgica de emergencia de **RV** en el Hospital del Parque, ya que no se dio una adecuada atención médica, violentando lo previsto en los artículos 32 y 33 fracción II de la Ley General de Salud.

118. Por lo que del cúmulo de evidencias y del análisis efectuado, este Organismo Constitucional Autónomo considera que el derecho a la protección de la salud de **RV** fue vulnerado, pues las personas servidoras públicas de la Secretaría de Salud Estatal encargadas de brindarle los servicios y atención médica 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 intervención quirúrgica, como consecuencia de las diversas complicaciones médicas anteriormente descritas.

119. 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 48/68 en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

F. DERECHO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE RV.

120. 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”*.³⁶

121. 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”*.³⁷

122. 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 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 [...]”*.

123. 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”*.³⁸

124. Al respecto, en el estudio del presente caso y como ha quedado demostrado en el desarrollo del presente pronunciamiento, se observaron diversas irregularidades en la integración del expediente clínico de **RV**, que documentan la atención que recibió en el Hospital General de la SSE, las cuales constituyeron violaciones a diversas

³⁶ Observación General 14, párr. 12, inciso b, fracción IV.

³⁷ CrIDH *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párr. 68.

³⁸ 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.

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 **RV**, además de que en muchas ocasiones se omitió indicar datos legibles, incumpliendo todo ello con lo previsto en la NOM-004-SSA3-2012.

125. En opinión de esta Comisión 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.

126. Aunado a lo anterior, también se pudo advertir que la deficiente integración del expediente clínico, quedó expuesta en el propio análisis realizado por la Secretaría de Salud Estatal, que le sirvió de soporte tanto en la no aceptación de la Recomendación 38/2018 de la Comisión Estatal, como para rendir el informe respectivo a este Organismo Constitucional Autónomo, sobre el Recurso de Impugnación relacionado con el caso de **RV**.

G. OBLIGACIÓN DE REPARAR VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS.

127. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 1, tercer párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, “[t]odas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”, existe una obligación constitucional de todas las autoridades, de promover, proteger, y garantizar los derechos humanos.

128. Por su parte, la Ley General de Víctimas en su artículo 1°, párrafo tercero dispone que: “[l]a presente Ley obliga, en sus respectivas competencias, a las autoridades de todos los ámbitos de gobierno, y de sus poderes constitucionales, así como a cualquiera de sus oficinas, dependencias, organismos o instituciones públicas o privadas que velen por la protección de las víctimas, a proporcionar ayuda, asistencia o reparación integral”.

129. Asimismo, la fracción I del artículo 1° de la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua reconoce que las víctimas tienen derecho a “[...] *la asistencia, protección, atención, verdad, justicia, reparación integral, restitución de los derechos violados, debida diligencia, no repetición y todos los demás derechos consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los tratados internacionales de derechos humanos de los que el Estado Mexicano es parte, en la Ley General de Víctimas y demás instrumentos de derechos humanos vinculantes para el Estado*”.

130. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha enfatizado que toda violación a los derechos humanos que haya producido daño “[s]obre la base de lo dispuesto en el artículo 63.1 de la Convención Americana [...] *comporta el deber de repararlo adecuadamente y que esa disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado*”.³⁹

131. La obligación de las autoridades de reparar integralmente a las víctimas, no sólo comprende medidas de carácter económico, sino todas aquellas de restitución, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica.

132. En vista de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que la no aceptación de una Recomendación transgrede el deber que todas las autoridades tienen de reparar las violaciones a los derechos humanos que sean cometidas.

V. RESPONSABILIDAD

133. La responsabilidad de **AR1** y **AR2** derivó de las omisiones, falta de diligencia y deficiente atención médica brindada a **RV**, como se analizó en la presente Recomendación, con lo que se acreditó la violación al derecho a la protección de la salud y al acceso a la información en materia de salud de **RV**.

134. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, **AR1** y **AR2** incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones por no haber brindado adecuada atención médica a **RV**, al no contar con datos paraclínicos relacionados con una apendicitis, 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 la Diabetes Mellitus que cursaba **RV**, así como por ser una persona adulta mayor de acuerdo a las acciones y omisiones ya descritas en el apartado

³⁹ Corte IDH. “Caso *Hermanos Landaeta Mejías y otros Vs. Venezuela*”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de agosto de 2014, p. 290.

correspondiente, mismas que configuraron violaciones al derecho a la protección de la salud.

135. Por lo anterior, **AR1** y **AR2**, 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.

136. 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, cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud Estatal, para que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra del personal médico involucrado en el presente caso.

137. Conforme a la Opinión Médica de este Organismo Constitucional Autónomo se acreditó que la atención a **RV** en el Hospital General de la SSE no fue completa, adecuada y oportuna, exponiéndolo a las complicaciones inherentes a la evolución de la apendicitis, como lo fue la perforación del apéndice cecal, que se presentó y tuvo que ser intervenida quirúrgicamente el 26 de octubre de 2015, incrementando su riesgo de morbilidad y mortalidad.

138. Dadas las condiciones especiales y debidamente referidas de **RV**, esta Comisión Nacional observó que, durante la hospitalización respectiva, transcurrió un tiempo en exceso razonable para que el personal médico del Hospital General de la SSE, efectuara una adecuada integración diagnóstica del padecimiento médico que **RV** presentaba.

139. Aunado a lo anterior, del análisis al expediente clínico inherente a la atención médica a **RV**, se observaron diversas 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 **RV**, así como la falta de firmas, nombres o cédulas de los médicos y residentes en las notas médicas, como quedó acreditado en el Hospital General de la SSE.

H. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

140. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 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 artículos 1, 2, fracción I, 4, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 67, 88, fracción II, 96, 97, fracción II, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, así como 1º, 3º y 27, de la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua, se deberá reparar integralmente el daño a **RV**, por las violaciones a sus derechos humanos y que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

141. El artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su párrafo tercero que: *“Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado 54/61 deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley”*.

142. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

a) Medidas de rehabilitación.

143. De conformidad con lo previsto tanto en la Ley General de Víctimas, como en la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua, se deberá brindar a **RV** atención médica y psicológica, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, prestarse atendiendo su edad, sus necesidades, especificidades clínicas y padecimiento crónico degenerativo existente, de forma continua hasta que alcance su sanación física, psíquica y emocional por la afectación sufrida.

144. Esta atención deberá brindarse gratuitamente a **RV**, de forma inmediata y en un lugar accesible; con su consentimiento, proporcionando al efecto información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos en caso de requerirlos.

b) Medidas de compensación.

145. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia.*”⁴⁰

146. De conformidad con el dictamen que al efecto emita la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de Chihuahua, la Secretaría de Salud Estatal deberá otorgar una compensación económica a **RV**, la cual deberá ser proporcional y apropiada a las consideraciones expuestas en la presente Recomendación y en términos de lo establecido en la Ley General de Víctimas y en la Ley de Víctimas del Estado de Chihuahua. Por lo que se deberá solicitar la cuantificación de la compensación en cita, a la referida Comisión Ejecutiva.

147. A fin de cuantificar el monto de la referida compensación, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de Chihuahua deberá atender 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.

148. 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: A) en su estado psicoemocional; B) en su privacidad e integridad psicofísica; C) en su esfera familiar, social y cultural; D) en su esfera laboral y profesional; E) en su situación económica; y F) en su proyecto de vida); y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad (se sugiere la atención para dictar

⁴⁰ CrIDH. “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile”. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.

una reparación reforzada en los casos donde las víctimas sean: mujeres, personas indígenas, personas mayores, niños y niñas y personas en situación de pobreza).⁴¹

c) Medidas de satisfacción.

149. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se pueden realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y servidores públicos responsables de violaciones a derechos humanos.

150. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a **RV**, la autoridad colabore ampliamente con este Organismo Constitucional Autónomo por una parte, en la integración y trámite de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud Estatal, en contra del personal involucrado en las violaciones a los derechos humanos descritas, y por otra, que se dé continuidad en la atención, seguimiento y resolución de la **C.I.1** integrada en la Fiscalía Estatal.

151. Independientemente de la responsabilidad administrativa en que hubiesen incurrido **AR1** y **AR2**, una vez que se determinen las responsabilidades, se deberá anexar la presente Recomendación a su expediente laboral, en la que se comprueba que cometieron violaciones a los derechos humanos.

d) Garantías de no repetición.

152. 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 lo cual, 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.

153. En un plazo de seis meses, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberán diseñar e impartir en el Hospital General de la SSE - debiendo asegurarse que entre estas personas se encuentren **AR1** y **AR2**- y en el Departamento Jurídico de la SSE, los siguientes cursos integrales de capacitación y formación: 1) Derechos humanos de las personas adultas mayores; 2) Derecho a la protección de la salud; 3) Obligaciones de accesibilidad, aceptabilidad disponibilidad y calidad en la prestación de los servicios de salud y atención médica; 4) Derecho de acceso a la información en materia de salud, en específico los estándares establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, "*Del Expediente Clínico*" y el

⁴¹ CrIDH. "*Caso Bulacio vs Argentina*". Sentencia de 18 de septiembre de 2003, pp. 80-104.

contenido de la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*; 5) Sobre el funcionamiento del sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, con especial énfasis en la importancia de la aceptación y cumplimiento de las Recomendaciones emitidas por este tipo de órganos; y única y exclusivamente para el personal médico -entre los que deberán estar **AR1** y **AR2**-: 6) Principales padecimientos crónico degenerativos en personas adultas mayores y su relación con otros padecimientos; 7) Actualización en apendicitis, con especial consideración a lo establecido al efecto en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de la Apendicitis Aguda y la Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la Apendicitis Aguda, del Consejo de Salubridad General. En todos los cursos se deberá señalar que se están impartiendo en cumplimiento a la presente Recomendación.

154. Dichos cursos de capacitación y formación deberán impartirse por personal especializado y calificado, con experiencia demostrada, con perspectiva de género y con énfasis en el trato digno y humanizado hacia las personas adultas mayores y con especial atención en aquellas personas que cursen padecimientos degenerativos. Cada uno de los siete cursos referidos en el párrafo que antecede, deberá no ser menor a veinte horas y tendrán que contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciba y en los cuales se refleje un impacto efectivo.

155. Asimismo, tal capacitación y formación deberá considerar los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como de la elaboración, integración, uso, manejo, archivo y conservación del expediente clínico y los documentos que lo integran -como herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud-. El contenido de dichos cursos podrá ser cursado de manera presencial y/o en línea y deberán estar también disponibles de forma electrónica para que pueda ser consultado con facilidad.

156. Además, se entregarán a esta Comisión Nacional aquellas evidencias inherentes a los programas, objetivos, actividades, presentaciones, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de personas facilitadoras, listas de asistencia, videos, evaluaciones, entre otras.

157. En el término de seis meses, contado a partir de la recepción de la presente Recomendación, deberán adoptarse medidas que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que las personas servidoras públicas brindan a las usuarias de sus servicios en el Hospital General de la SSE, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, incluidas las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes.

158. En un plazo de tres meses, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá emitirse una circular dirigida al personal médico del Hospital General de la SSE, en la que se les exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación, ante los Consejos de Especialidades Médicas correspondientes y se deberá remitir la notificación de la citada circular al personal médico de referencia, así como copia de la documental que acredite la certificación o recertificación que -según sea cada caso en particular-, el personal de mérito haya obtenido.

159. En un término no mayor a un mes, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá publicar en el sitio web e intranet de la SSE el texto íntegro de la presente Recomendación para el conocimiento del personal y de la población en general.

Por lo anteriormente expuesto, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente las siguientes:

VI. RECOMENDACIONES

A Usted señor Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua:

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de Chihuahua, y una vez que esta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, proceder a la reparación integral del daño a **RV** con motivo de la inadecuada atención médica y la violación al derecho a la protección de la salud, que incluya una compensación con base en las evidencias planteadas y en términos de la Ley General de Víctimas y de la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua, así como se le inscriba en el Registro Estatal de Víctimas, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Proporcionar atención médica y psicológica a **RV** por personal profesional médico especializado, atendiendo a su edad, sus necesidades, especificidades clínicas y padecimiento crónico degenerativo existente, de forma inmediata y continua, en un lugar accesible. Dicha atención deberá ser proporcionada de manera gratuita y por el tiempo que sea necesario, incluyendo la provisión de medicamentos -en caso de requerirlos-, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente con este Organismo Constitucional Autónomo en la integración y trámite de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud Estatal, en contra de **AR1** y **AR2** por las violaciones a los derechos humanos descritas; y se dé continuidad en la atención, seguimiento y resolución de la **C.I.1** integrada en la Fiscalía Estatal; debiendo remitir a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Incorporar copia íntegra de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de **AR1** y **AR2**, en la que se comprueba que cometieron violaciones a los derechos humanos; debiendo enviar a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General de la SSE en la que se les exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación, ante los Consejos de Especialidades Médicas correspondientes, 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; debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Diseñar e impartir en el Hospital General de la SSE -debiendo asegurarse que entre estas personas se encuentren **AR1** y **AR2**- y en el Departamento Jurídico de la SSE, los siguientes cursos integrales de capacitación y formación: 1) Derechos humanos de las personas adultas mayores; 2) Derecho a la protección de la salud; 3) Obligaciones de accesibilidad, aceptabilidad disponibilidad y calidad en la prestación de los servicios de salud y atención médica; 4) Derecho de acceso a la información en materia de salud, en específico los estándares establecidos 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*"; 5) Sobre el funcionamiento del sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, con especial énfasis en la importancia de la aceptación y cumplimiento de las Recomendaciones emitidas por este tipo de órganos; y única y exclusivamente para el personal médico -entre los que deberán estar **AR1** y **AR2**-: 6) Principales padecimientos crónico degenerativos en personas adultas mayores y su relación con otros padecimientos; 7) Actualización en apendicitis, con especial consideración a lo establecido al efecto en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de la Apendicitis Aguda y la Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la Apendicitis Aguda, del Consejo de Salubridad General; debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Adoptar medidas que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que las personas servidoras públicas brindan a las usuarias de sus servicios en el Hospital General de la SSE, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, incluidas las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes; debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. Publicar en el sitio web e intranet de la SSE el texto íntegro de la presente Recomendación; debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. 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 Constitucional Autónomo.

A usted señor Presidente de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Chihuahua:

PRIMERA. Garantice que en todos los pronunciamientos que emita ese Organismo Local, se observe lo previsto tanto en la Ley General de Víctimas, como en la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua, estableciendo expresamente la procedencia de la reparación integral del daño de manera específica ante las violaciones a los derechos humanos de las víctimas y se realicen las investigaciones respectivas bajo el principio de la debida diligencia.

SEGUNDA. En el término de un mes, contado a partir de la notificación de la presente Recomendación, emita una circular dirigida a todo su personal, por medio de la cual les exhorte a observar en la elaboración de los pronunciamientos emitidos por ese Organismo Local, lo dispuesto en la Ley General de Víctimas y en la Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua, estableciendo expresamente la procedencia de la reparación integral del daño de manera específica ante las violaciones a los derechos humanos de las víctimas y se realicen las investigaciones respectivas bajo el principio de la debida diligencia; debiendo remitir a esta Comisión Nacional las documentales que acrediten su cumplimiento.

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

160. 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.

161. 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.

162. 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.

163. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo de la Constitución Mexicana, 15, fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la autoridad o persona servidora pública de que se trate, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa. Asimismo, 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, o a las legislaturas de las entidades federativas, según corresponda, requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA