



RECOMENDACIÓN No. 68/2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V1, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN LA CLÍNICA MÉDICA FAMILIAR “REVOLUCIÓN”, CLÍNICA ESPECIALIZADA “DR. ALBERTO PISANTY OVADIA”, HOSPITAL GENERAL “DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ”, HOSPITAL REGIONAL “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS” Y EL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 25 de octubre de 2021

**MTRO. LUIS ANTONIO RAMÍREZ PINEDA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 al 133 y 136 del Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2017/4578/Q**, sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V1, así como al acceso a la información en materia de salud.

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

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

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad responsable
SP	Persona Servidora Pública

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

Nombre	Acrónimo
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado "ISSSTE"	ISSSTE
Clínica Especializada "Dr. Alberto Pisanty Ovardia" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Clínica Pisanty



Nombre	Acrónimo
Clínica de Medicina Familiar “Revolución” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Clínica Revolución
Hospital General “Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Hospital Fernando Quiroz
Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Hospital Adolfo López Mateos
Centro Médico Nacional “20 de noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Centro Médico 20 de Noviembre
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	Cridh
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la Ley General de Salud
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad Y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento del ISSSTE
Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada	NOM-016-SSA3-2012
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012
Guía de Práctica Clínica	GPC



I. HECHOS.

5. V1, al momento de los hechos con 53 años de edad, sin antecedentes de importancia, el 7 de enero de 2017 acudió al servicio de Urgencias del Hospital Fernando Quiroz con dolor en glúteo derecho irradiado a pierna del mismo lado, sensación de adormecimiento y dolor de nuca del lado derecho con ocho días de evolución, por lo cual se le diagnosticó con: dolor de espalda (ciatalgia) y esguince cervical.

6. El 16 de enero de 2017, acudió a la Clínica Revolución, con persistencia de dolor en glúteo derecho e irradiación a pierna del mismo lado.

7. Debido a que el dolor no cesaba, durante el 26 y 29 de enero de 2017, regresó a la Clínica Revolución, reportándolo AR1 en la primera fecha, con pérdida de 4 kilogramos en diez días.

8. El 5 de febrero de 2017, V1 ingresó al servicio de Urgencias del Hospital Fernando Quiroz con dolor costal derecho, limitación funcional de inicio súbito y exacerbado a la inspiración, siendo diagnosticado con: *“síndrome doloroso osteomuscular de probable origen neuropático”*, egresándolo a su domicilio.

9. El 17 de febrero de 2017, acudió nuevamente a la Clínica Revolución y ante la falta de mejoría a pesar de múltiples tratamientos, AR2 lo diagnosticó con: *“lumbalgia crónica agudizada más ciática”*.

10. El 22 de febrero de 2017, V1 presentó elevación de glóbulos blancos, pérdida de seis a siete kilogramos en 48 días, persistencia y evolución de su sintomatología lumbar, por lo cual, el 6 de marzo de ese mismo año, AR2 lo diagnosticó con: *“lumbalgia crónica agudizada”*.

11. El 21 de abril de 2017, V1 regresó a la Clínica Revolución, reportándolo AR2 con dolor lumbar intenso, mareo y pérdida de diez kilogramos en dos meses, refiriéndolo al servicio de Ortopedia en el Hospital Fernando Quiroz, donde fue programado para el 16 de mayo de ese año; sin embargo, el 24 de abril de 2017,



regresó con AR2, quien lo derivó a la Clínica Pisanty con diagnóstico presuntivo de: *“lumbalgia crónica agudizada en tratamiento”*.

12. El 26 de abril de 2017, AR3 lo diagnóstico con: *“probable conducto lumbar estrecho, más radiculopatía mecánica compresiva de origen a determinar”*, remitiéndolo a Radiología en el Hospital Fernando Quiroz para una tomografía axial computarizada simple de columna lumbar.

13. El 4 de mayo de 2017, V1 acudió a urgencias del Hospital Fernando Quiroz, con dolor severo en la espalda (lumbalgia crónica), por lo que AR5 agregó analgésicos a su tratamiento y ordenó su egreso con cita abierta a urgencias.

14. El 8 de mayo de 2017, V1 regresó a urgencias y ante la pérdida de 20 kilogramos en tres meses, presión arterial elevada, dolor intenso e incapacitante en columna lumbosacra, AR6 y AR7 ordenaron su ingreso para valoración por neurología; sin embargo, el 9 de ese mes y año, AR6 ordenó su alta con cita abierta a urgencias, cita en Ortopedia y Neurología para el 16 y 22 de ese mes y año, respectivamente.

15. El 13 de mayo de 2017, V1 acudió a un hospital privado en el que se le realizó una resonancia magnética, evidenciando: neoplasia, destrucción de elementos óseos, infiltración de tejidos blandos y compresión de raíces nerviosas, y no obstante dicho resultado, en la cita de Ortopedia del 16 de ese mes y año, AR8 se limitó a prescribirle analgésicos.

16. El 22 de mayo de 2017, fue valorado por Neurología confirmándose que V1 presentaba: *“canal lumbar estrecho secundario a neoplasia, probablemente plasmocitoma”* (tipo de cáncer que empieza en las células plasmáticas), siendo hospitalizado para una tomografía por emisión de positrones (PET-CT).

17. El 24 de mayo de 2017, se le tomó una biopsia de hueso más vertebroplastia (procedimiento para tratar las fracturas por compresión vertebral), advirtiéndose en la laminilla de aspirado de médula ósea: *“células atípicas ajenas a la médula ósea”*



en conglomerado”, sugestiva de infiltración de proceso primario, solicitándose su envío a tercer nivel de atención para continuar con su protocolo de estudio.

18. El 26 y 29 de mayo de 2017 del Hospital Fernando Quiroz se refirió a V1 a Hematología en el Centro Médico 20 de Noviembre y al Hospital Adolfo López Mateos, respectivamente, para la tomografía por emisión de positrones (PET-CT), negándose el primer nosocomio al no disponer de sustancias químicas, y el segundo indicó que no realizaban esos estudios.

19. El 30 de mayo de 2017, se solicitaron estudios de laboratorio al Centro Médico 20 de Noviembre para el diagnóstico definitivo de: *“mieloma múltiple”* (neoplasia de células plasmáticas que se tornan cancerosas y se multiplican, pudiendo dañar huesos, el sistema inmunológico, riñones y el recuento de glóbulos rojos), sin que los realizaran por falta de reactivos, según lo reportado por AR14.

20. Durante el 2, 5 y 6 de junio de 2017, el Hospital Fernando Quiroz solicitó la referencia de V1 al Hospital Adolfo López Mateos para los servicios de Hematología, Telemedicina y Oncología, sin que fuera admitida en cuatro ocasiones, por AR11, AR12 y AR13.

21. El 14 de junio de 2017, V1 presentó paro cardiorrespiratorio sin que revirtiera a maniobras avanzadas de reanimación, señalándose como hora de la muerte las 10:00 horas y como causas: *“choque séptico de 14 horas de evolución, sepsis de 5 días de evolución y metástasis cerebral por tumor primario a determinar”*.

22. El 16 de junio y 13 de octubre de 2017, se recibieron en este Organismo Nacional las quejas que V2 presentó, en las que señaló presuntas violaciones a los derechos humanos de V1 atribuibles a personal del ISSSTE, lo que dio origen a la apertura del expediente CNDH/1/2017/4578/Q.

23. A fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvieron copias de los expedientes clínicos de V1 en el ISSSTE e informes respecto de la atención médica que le fue brindada, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de observaciones de la presente Recomendación.



II. EVIDENCIAS.

24. Escritos de queja de 16 de junio y 13 de octubre de 2017, respectivamente, a través de las cuales V2 se inconformó ante este Organismo Nacional con motivo de la atención médica brindada a V1 por personal médico adscrito al Hospital Fernando Quiroz, a la Clínica Revolución, a la Clínica Pisanty, al Hospital Adolfo López Mateos y al Centro Médico 20 de Noviembre, todos del ISSSTE, y adjuntó:

24.1. Hoja de urgencias de 7 de enero de 2017 del Hospital Fernando Quiroz.

24.2. Fichas de somatometría y signos vitales de V1 de 16 y 29 de enero de 2017, respectivamente, realizadas por personal de enfermería de la Clínica Revolución.

24.3. Recetas médicas de 6 de marzo de 2017, firmadas por AR2.

24.4. Receta médica a nombre de V1 de 26 de abril de 2017, suscrita por AR3.

24.5. Resonancia magnética de columna lumbar de 13 de mayo de 2017, realizada a V1 en un hospital privado.

24.6. Nota de egreso de V1 de 9 de mayo de 2017, suscrita por AR6. quien no registrar su nombre completo al emitir la misma.

24.7. Solicitud de referencia de 29 de mayo de 2017 del Hospital Fernando Quiroz a medicina nuclear del Hospital Adolfo López Mateos, donde no se aprecian datos de nombre y cedula profesional de quien emite y asienta.

24.8. Solicitud de referencia de 29 de mayo de 2017 del Hospital Fernando Quiroz, dirigido al área de medicina Nuclear del Centro Médico 20 de noviembre.

24.9. Nota de 29 de mayo de 2017, en la cual se asentaron los motivos por los cuales no se realizó el estudio en medicina nuclear de V1, no se aprecian



datos del personal adscrito al Centro Médico 20 de Noviembre, que la elaboró.

25. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/02214-4/17 de 21 de agosto de 2017, en el que el ISSSTE adjuntó algunas notas médicas e informes del Hospital Fernando Quiroz, destacándose:

25.1. Oficio CMI/0167/2017 de 11 de agosto de 2017, realizado por personal adscrito a la Coordinación de Medicina Interna del Hospital Fernando Quiroz respecto a la atención brindada a V1.

25.2. Informe sin fecha suscrito por AR9, quien omitió número de cédula profesional.

25.3. Hoja de urgencias de 5 de febrero de 2017, en la que AR4 ordenó el egreso de V1 a su domicilio.

25.4. Hoja de urgencias de 4 de mayo de 2017, realizada por AR5, quien omitió nombre completo.

25.5. Hoja de urgencias de 8 de mayo de 2017, en la que AR6 hizo constar que V1 acudió a dicho servicio. y dentro de esta no se aprecian datos de nombre completo, cedula profesional del médico que emite y rubrica.

25.6. Hoja de ingreso hospitalario de V1 de 22 de mayo de 2017 realizada por SP1.

25.7. Hoja de admisión hospitalaria por solicitud de internamiento de 22 de mayo de 2017, suscrita por SP1.

25.8. Admisión hospitalaria de 22 de mayo de 2017, en la cual se diagnosticó a V1 con: *“canal lumbar estrecho, fractura –ilegible- y neoplasia en estudio, columna lumbar”*.



25.9. Reporte de notas de evolución de 22 de mayo de 2017, en la que se asentó que V1 ingreso al servicio de Neurocirugía con diagnóstico de fractura cervical.

25.10. Carta de consentimiento informado para procedimiento anestésico de 24 de mayo de 2017, con motivo de la cirugía que se realizaría a V1.

25.11. “Nota posquirúrgica breve” (sic) de 24 de mayo de 2017 elaborada por SP1, quien refirió que V1 pasó a recuperación y posteriormente a su habitación.

25.12. Reporte de antígeno prostático de 24 de mayo de 2017, realizado en el laboratorio clínico del Hospital Fernando Quiroz.

25.13. Hoja de Evolución, asentada como “nota de urología”, de 25 de mayo de 2017, en la que se anotó que V1 presentaba crecimiento prostático benigno, descartando “neoplasia prostática”.

25.14. Reporte de notas de evolución del paciente de 25 de mayo de 2017, en la que SP1 asentó que V1 presentaba herida quirúrgica sin datos de sangrado ni infección, hemodinámicamente estable, signos vitales normales, hemoglobina posquirúrgica de 5.5, por lo que se le transfundió dos paquetes globulares.

25.15. Nota médica de 26 de mayo de 2017, en la cual AR10 indicó que se iniciaría protocolo de estudio para: “mieloma múltiple”.

25.16. Solicitud de referencia de V1 del Hospital Fernando Quiroz de 26 de mayo de 2017 al servicio de Hematología del Centro Médico 20 de Noviembre.



25.17. Reporte de notas de evolución de 26 de mayo de 2017, en la que SP1 describió a V1 con reducción de células sanguíneas (pancitopenia). concluyéndose como un “pronostico malo para la vida”.

25.18. Estudios de laboratorio clínico, consistentes en la prueba de funcionamiento hepático de V1 de 26 de mayo de 2017.

25.19. Solicitud de referencia de 30 de mayo de 2017 del Hospital Fernando Quiroz al Hospital Adolfo López Mateos para estudios especiales (inmunoglobinas totales: IGA, IGG, IGM, IGD e IGE) relacionados con V1, en la que se advirtió el texto siguiente *“No contamos con reactivos para realizar el estudio pedir apoyo a otra Unidad, 2/06/17”*.

25.20. Solicitud de referencia de 30 de mayo de 2017 del Hospital Fernando Quiroz al Hospital Adolfo López Mateos para la realización de estudios especiales (electroforesis de proteínas en orina) relacionados con V1. Se anotan de puño y letra de AR11, quien omitió incluir su número de cédula y nombre completo.

25.21. Solicitud de referencia de 30 de mayo de 2017 del Hospital Fernando Quiroz al Hospital Adolfo López Mateos para la realización de estudios especiales (cadenas ligeras libres) relacionados con V1. Se escribió de manera autógrafa por AR11 la leyenda: *“No contamos con reactivos para realizar el estudio pedir apoyo a otra Unidad”*, omitiendo referir su nombre completo y número de cédula.

25.22. Solicitud de referencia de 30 de mayo de 2017 del Hospital Fernando Quiroz al Centro Médico 20 de Noviembre para la realización de estudios especiales (inmunoglobinas totales: IGA, IGG, IGM, IGD e IGE) relacionados con V1.

25.23. Nota de 30 de mayo de 2017, mediante la cual el servicio de laboratorios del Centro Médico 20 de Noviembre, se registran por AR 14 los motivos que le impiden realizar los estudios especiales (inmunoglobinas



totales: IGA, IGG, IGM, IGD e IGE) de V1. Quien omitió integrar su nombre completo y cédula profesional.

25.24. Solicitud de referencia de 30 de mayo de 2017 del Hospital Fernando Quiroz al Centro Médico 20 de Noviembre para la realización de estudios especiales (cadenas ligeras libres) relacionados con V1.

25.25. Solicitud de referencia de 2 de junio de 2017 del Hospital Fernando Quiroz al servicio de Hematología en el tercer nivel de atención -Hospital Adolfo López Mateos- con motivo del diagnóstico de V1 (plasmocitoma solitario de hueso). Se anotó de manera autógrafa por AR11 la leyenda: *“Favor de Actualizar el resumen. El traslado deberá ser solicitado por el Hematólogo de su Unidad”*. Quien no incluyó su nombre completo y cédula profesional.

25.26. Oficio D/1388/2017 de 2 de junio de 2017, signado por la encargada de la dirección del Hospital Fernando Quiroz solicitando a la Subdelegación Médico, Delegación Regional Poniente la autorización para una tomografía con emisión de positrones (PET-CT) de V1 ante la negativa del Hospital Adolfo López Mateos y del Centro Médico 20 de Noviembre.

25.27. Nota de valoración de Telemedicina de 5 de junio de 2017 realizada por AR12, refiriendo como conclusión *“no procedente para valoración por nuestro servicio”*, se aprecia que omitió manifestar su número de cédula profesional.

25.28. Solicitud de referencia de 6 de junio de 2017 del Hospital Fernando Quiroz al servicio de Hematología del Hospital Adolfo López Mateos. AR11, inscribe de manera autógrafa: *“No se acepta envié a oncología”*, sin referir su nombre completo y número de cédula profesional.

25.29. Solicitud de referencia de 6 de junio de 2017 del Hospital Fernando Quiroz al servicio de Hematología del Hospital Adolfo López Mateos. Con la inscripción a mano: *Deberá ser presentado por Telemedicina por su médico*



de Hematología Jueves 15/06/17, 12:00 hrs”. Y en la cual se aprecia un sello de recibido con la leyenda: HOSPITAL REGIONAL “LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS” asistentes de dirección.

25.30. Solicitud de referencia de 6 de junio de 2017 del Hospital Fernando Quiroz al servicio de Medicina Nuclear del Hospital Adolfo López Mateos. AR11 suscribe el texto: “*En esta Unidad no se realiza estudio de Pet/CT, pedir apoyo a otra Unidad. Gracias*”, sin indicar su nombre completo y número de cédula profesional.

25.30.1 Solicitud de referencia de 12 de junio de 2017 del Hospital Fernando Quiroz al servicio de Oncología del Hospital Adolfo López Mateos. Se omitió cédula profesional y nombre completo de AR13, quien asentó lo siguiente: “*...Oncología Médica no maneja pacientes con Dx de Plasmocitoma*”.

25.30.2. Nota de gravedad y defunción de 14 de junio de 2017, en la que SP1 hizo constar que personal de enfermería informó que V1 se encontraba en paro sin que respondiera a las maniobras de reanimación.

25.30.3. Certificado de defunción de V1 de 14 de junio de 2017. Documental ilegible.

25.30.4. Resumen clínico de 23 de junio de 2017, realizado por SP1 con motivo de la atención proporcionada a V1. “***Fueron solicitadas múltiples formatos de traslado a tercer nivel SM-1-17 sin respuesta.***”

26. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/4768-1/18 de 24 de octubre de 2017, rinde informe respecto de la atención que le fuera proporcionada por V1 por la Clínica Revolución:

26.1. Nota de valoración de 16 de enero de 2017 suscrita por AR1.



26.2 Nota de evolución, exploración y tratamiento de 26 de enero de 2017, realizada por AR1.

26.3. Nota de evolución, exploración y tratamiento de 17 de febrero de 2017, suscrita por AR2.

26.4. Resultados de laboratorio de V1 de 22 de febrero de 2017.

26.5. Hoja de evolución de 6 de marzo de 2017 realizada por AR2.

26.6. Nota de evolución de 21 de abril de 2017, en la que AR2 refirió a V1 a valoración por el servicio de Ortopedia en el Hospital Fernando Quiroz.

26.7. Nota de referencia de V1 de 21 de abril de 2017 de la Clínica Revolución al Hospital Fernando Quiroz para su valoración por el servicio de Ortopedia.

26.8. Hoja de referencia de 21 de abril de 2017, en la que AR2 refirió a V1 al servicio de Ortopedia de la Clínica Pisanty.

26.9. Nota de referencia emitida del Hospital Psanty, al servicio de radiología del Hospital Fernando Quiroz, signado por AR3 de fecha 26 de abril de 2017, en la que refirió a V1 al servicio de Radiología del Hospital Fernando Quiroz.

26.10. Solicitud de electromiografía del servicio de ortopedia de la Clínica Pisanty al Hospital Adolfo López Mateos, 26 de abril de 2017 realizada por AR3.

26.11. Acta de defunción de V1 con datos ilegibles.

27. Opinión médica de 21 de agosto de 2019 en la que personal médico de esta Comisión Nacional estableció consideraciones técnicas respecto a la atención médica proporcionada a V1 en la Clínica Revolución, en la Clínica Pisanty, en el Hospital Fernando Quiroz, en el Hospital Adolfo López Mateos y en el Centro Médico 20 de Noviembre.



28. Acta Circunstanciada de 6 de julio de 2020, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que V2 remitió vía correo electrónico la solicitud de responsabilidad patrimonial del Estado de 13 de junio de 2018.

29. Acta Circunstanciada de 17 de septiembre de 2020, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la recepción de la resolución emitida en el Expediente de Responsabilidad Patrimonial del Estado 1 promovida por V3.

30. Acta Circunstanciada de 19 de noviembre de 2020, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica con V2, quien facilitó vía electrónica copia simple del acta y certificado de defunción de V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

31. El 13 de junio de 2018, V3 presentó en la Subdirección de lo Contencioso de la Dirección Normativa de Procedimientos Legales en el ISSSTE, la reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado en la cual solicitó el pago de indemnización por los daños provocados a V1 por una *“práctica médica deficiente”*, la cual se admitió el 24 de julio de ese mismo año, radicándose como Expediente de Responsabilidad Patrimonial del Estado 1, requiriéndose a V3 que acreditara su personalidad de heredera en relación con V1 y la designación de peritos para el desahogo de sus pruebas.

32. Con motivo de lo anterior, el 24 de julio de 2018, se realizaron diversos requerimientos a V3 sin cumplimiento a pesar de haber sido notificada, por lo que se le hicieron efectivos los apercibimientos correspondientes y se determinó: Desechar su solicitud de indemnización por causa de muerte, la reclamación respecto a V2 al no haber acreditado su filiación con V1, así como las pruebas periciales en materia de medicina y psicología, requiriéndose al Comité de Quejas Médicas del ISSSTE una opinión que permitiera dilucidar si existió imposibilidad, retraso, error o deficiencia en la atención proporcionada a V1.



33. El 6 de agosto de 2018, se decretó la suspensión del procedimiento en el Expediente de Responsabilidad Patrimonial del Estado 1 con motivo de la queja presentada ante este Organismo Nacional por V2.

34. El 4 de septiembre de 2019, el ISSSTE remitió su opinión técnica, otorgándose a las partes plazo para alegatos, sin que fuera atendida, por lo cual, el 23 de junio de 2020 se levantó la suspensión decretada el 6 de agosto de 2018 y se determinó que:

34.1. V1 acudió al Instituto con etapa avanzada de su enfermedad, y por ende con mal pronóstico para la función y su vida, iniciándose protocolo de estudio y con base a su sintomatología fue diagnosticado con: *“síndrome mieloproferativo”*, conocido como: *“neoplasias mieloprotiferativas”*, teniendo rápido deterioro con evolución tórpida al ser hemodinámicamente inestable.

34.2. Su deterioro se debió a su patología de base con las fracturas patológicas de columna lumbar, sacro y hueso pélvico, síndrome de compresión medular y tumoración de tejido óseo, lo que representaba un pronóstico malo a corto plazo afectando a su sistema inmunológico, además se tramitó su envío a tercer nivel médico.

34.3. A causa de la historia natural de la enfermedad presentó falla medular con anemia severa, hipotiroidismo, descontrol hidroeléctrico, insuficiencia hepática lo que derivó en choque séptico que finalmente causó su deceso.

34.4. Aunado a que el plasmocitoma solitario de hueso tiene peor pronóstico que el extramedular y el riesgo de progresión a mieloma múltiple es significativamente mayor, varía de 65 a 84% a 10 años y de 65 a 100% a 15 años, aun en pacientes que reciben tratamiento como fue el caso en comento.

34.5. Por lo tanto, el personal médico brindó atención médica a sus malestares y síntomas en Urgencias y en las unidades médicas relacionadas, como se demostró con las 36 constancias de su expediente



clínico. Por lo cual no hubo deficiencia o negligencia médica o administrativa en su atención, no existiendo el nexo causal entre la conducta reclamada y el supuesto daño provocado.

34.6. Su atención médica no fue la causa de sus complicaciones, sino la evolución natural de su enfermedad, sin que se genere ese conector capaz de asociar la relación causa-efecto entre el actuar de los funcionarios del ISSSTE y el menoscabo reclamado, basado en el principio de razón suficiente, resolviéndose:

34.6.1. SE DESECHA la reclamación respecto a V2, al no acreditar su filiación con V1.

34.6.2. Es IMPROCEDENTE la solicitud de indemnización y/o reembolso reclamada por V3 en términos de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.

34.6.3. SE NIEGA el pago indemnizatorio y/o reembolso pretendido por V3.

35. Hasta el momento en que se emite la presente Recomendación, no se cuenta con información de que se hubiere iniciado procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE o alguna carpeta de investigación en la Fiscalía General de la República con motivo de los hechos materia de la queja.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

36. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2017/4578/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con enfoque de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se contó con evidencias que acreditan las siguientes



violaciones a los derechos humanos atribuibles a AR1 y AR2 adscritas a la Clínica Revolución; AR3 de la Clínica Pisanty; AR4, AR5, AR6 y AR7 adscritos Hospital Fernando Quiroz; AR11, AR12 y AR13 del Hospital Adolfo López Mateos y AR14 adscrita al Centro Médico 20 de Noviembre:

36.1. A la protección de la salud de V1.

36.2. A la vida de V1.

36.3. Al acceso a la información en materia de salud en agravio de los familiares de V1.

37. Lo anterior en razón a las consideraciones expuestas en el presente apartado.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

38. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.¹

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

40. Es atinente la jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y*

¹ CNDH. Recomendaciones: 80/2019, párrafo 30; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28 y 14/2016, párrafo 28.



equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).²

41. Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General 15, “sobre el derecho a la protección de la salud”, en la que se aseveró que: “(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”.³ Se advirtió, además, que: “el derecho a la salud no sólo debe entenderse como un derecho a estar sano, ya que entraña dos dimensiones: en la primera, (...) podemos ubicar un cúmulo de libertades, como el control de la salud, (...); en segundo lugar (...) el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”.

42. El párrafo primero, del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que: “(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”.

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

44. El párrafo 1º de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió

² Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, Registro 167530.

³ CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.



como “(...) un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)”⁴

45. En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“*Protocolo de San Salvador*”), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

46. La CrIDH en el “*Caso Vera Vera y otra vs Ecuador*”⁵ estableció que: “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

47. De las evidencias analizadas, se advirtió AR1 y AR2 adscritas a la Clínica Revolución; AR3 de la Clínica Pisanty; AR4, AR5 y AR6 adscritos Hospital Fernando Quiroz omitieron diagnosticar el mieloma múltiple que V1 presentaba para brindarle la atención médica adecuada derivada en su calidad de garantes conferidas por los artículos 32 y 33, fracción II, de la Ley General de Salud, en concordancia con los numerales 1 y 22, del Reglamento del ISSSTE, vigentes al momento de los hechos, lo que se tradujo en la violación a su derecho humano a la protección de la salud y la consecuente pérdida de la vida, como se acreditará en adelante.

⁴ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

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



A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 por inadecuada atención médica.

48. Para mejor manejo de la información remitida por el ISSSTE, las violaciones al derecho humano a la salud de V1, se analizarán por unidad médica correspondiente.

❖ **Clínica Revolución del 16 de enero al 24 de abril de 2017.**

49. Como antecedente de la valoración realizada a V1 en la Clínica Revolución, el 7 de enero del 2017 acudió a Urgencias del Hospital Fernando Quiroz con dolor en glúteo derecho irradiado a pierna del mismo lado, sensación de adormecimiento y dolor de nuca derecha de ocho días de evolución.

50. A la exploración clínica se le encontró con 94 kilogramos, ligera elevación de la presión arterial (140/90), taquicárdico (FC:104x), sin alteraciones neurológicas, dolor en cuello a la lateralización, flexión y extensión, evidenciando sus radiografías, rectificación y espacios conservados de la columna, por lo que se le diagnosticó con: *“esguince cervical y ciática”*, indicándosele tratamiento, cita abierta a urgencias, así como seguimiento la Unidad Médica Familiar.

51. En opinión del personal médico de esta Comisión Nacional el manejo médico otorgado a V1 en la fecha indicada fue adecuado y apegado a la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de Dolor de Cuello Agudo y Crónico dado que no tenía antecedentes de dolor en la región y no presentaba otra sintomatología, siendo lo más frecuente que se tratara de un dolor de origen muscular, descartando en ese momento radiológicamente alguna alteración que justificara su ingreso hospitalario.

52. En seguimiento a lo anterior, el 16 de enero de 2017, V1 acudió a consulta externa en la Clínica Revolución, donde AR1 lo reportó con 94 kilogramos, talla 166 centímetros, presión arterial ligeramente elevada (140/90 mmHg), persistencia de dolor en glúteo derecho e irradiación a pierna de ese mismo lado,



diagnosticándolo con: *“esguince cervical no reciente”*, indicándole reposo, un antihipertensivo e hidroterapia.

53. En la opinión médica de este Organismo Nacional se consideró que AR1 omitió indicarle analgésicos y antiinflamatorios para controlar el dolor, realizarle un interrogatorio para identificar el origen de su sintomatología como las características clínicas del dolor somático (si era constante, intermitente, difuso, mal localizado, expandido más allá del órgano con síntomas asociados), rigidez entumecimiento u hormigueo extendido a miembros torácicos, cabeza, cuello, mandíbula y hombros que hicieran sospechar un origen visceral; determinar el inicio y mecanismo de la lesión, antecedentes de traumatismos, cáncer, signos de enfermedad sistémica, deterioro neurológico, dolor radicular irradiado a extremidades superiores y atrofia de los grupos musculares, flexibilidad, fuerza y amplitud de los movimientos del cuello, incluyendo reflejos osteotendinosos y alteraciones sensoriales.

54. Ante la persistencia del dolor en el glúteo derecho con irradiación a la pierna del mismo lado acompañado de parestesias (anormalidades en la sensibilidad del tacto y presión con dolor) y dolor en el cuello (cervicalgia), V1 regresó a la Clínica Revolución el 26 de enero de 2017, reportándolo AR1 con 90 kilogramos, esto es, pérdida de 4 kilogramos en diez días, presión arterial ligeramente disminuida (100/70mmHg), temperatura en límites mínimos, sin que precisara algún diagnóstico.

55. En ese sentido, en la opinión médica de esta Comisión Nacional se indicó que AR1 le dio un manejo médico inadecuado, ya que debió ingresarlo a protocolo de estudio para diagnosticar la causa de su dolor progresivo a pesar de varios tratamientos analgésicos sin antecedente de traumatismo que lo explicara y de esta manera descartar alguna patología neoplásica ante la pérdida súbita de peso sin causa atribuible, omitiendo igualmente solicitar su valoración por Ortopedia y Medicina Interna.



56. Tres días posteriores, esto es, el 29 de enero de 2017, V1 por tercera ocasión acudió a la Clínica Revolución, advirtiéndose en la ficha de somatometría que presentaba frecuencia cardiaca de 68, respiratoria de 19, presión arterial de 110/70 mmHg y temperatura de 36°C; sin que de la información remitida a esta Comisión Nacional se advirtiera la nota de consulta médica -lo que será valorado en el apartado relacionado con el expediente clínico-.

57. Ante la persistencia de su sintomatología, el 5 de febrero de 2017, V1 acudió a Urgencias del Hospital Fernando Quiroz, cuya atención igualmente se documentará en el apartado correspondiente.

58. El 17 de febrero de 2017, fue atendido en la Clínica Revolución por AR2, quien lo describió con peso de 94 kilogramos a pesar de que en su ficha de somatometría realizada previo a la consulta se asentó que pesaba 87.500 kilogramos, esto es, menor peso al reportado por AR2.

59. A la exploración física, AR2 lo reportó con dolor intenso de meses de evolución a nivel de columna lumbar irradiado hacia el nervio ciático⁶ de la pierna derecha sin mejoría a pesar de múltiples tratamientos, analgésicos orales e intramusculares, dolor a la digitopresión de músculos paravertebrales de columna lumbar, diagnosticándolo con: *“lumbalgia crónica agudizada más ciática”* y ordenó estudios de laboratorio de control, una radiografía de columna lumbosacra, repitiendo su manejo con analgésicos.

60. El 22 de febrero de 2017, V1 presentó alteraciones hematológicas en glóbulos blancos (elevación de neutrófilos y monocitos) confirmado por laboratorio, no obstante, el 6 de marzo de ese año, cuando acudió a la Clínica Revolución -por quinta ocasión- a pesar de que AR2 lo reportó con 88 kilogramos y contractura de la musculatura paravertebral, reiteró su diagnóstico de: *“lumbalgia crónica agudizada”* e indicó que sus laboratorios estaban dentro de parámetros normales.

⁶ Dolor que se extiende a lo largo del nervio ciático, esto es, desde la espalda baja hasta una o ambas piernas.



61. En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, contrario a lo que AR2 indicó respecto a los estudios de laboratorio, se advirtió que V1 presentaba alteraciones hematológicas en glóbulos blancos, sin dejar de considerar la importante pérdida ponderal de 6 a 7 kilogramos en cuarenta y ocho días, la persistencia y evolución de su sintomatología lumbar a pesar de tratamientos analgésicos, lo cual sugería la presencia de una patología neoplásica, omitiendo AR2 ampliar el protocolo de estudio, solicitar su interconsulta con Ortopedia o especialidad de columna, contrario a ello, se limitó a prescribirle nuevamente analgésicos y un antineurítico (medicamento para el dolor radicular).

62. Para el 21 de abril de 2017, AR2 reportó a V1 con 81.100 kilogramos, dolor lumbar intenso e incapacitante para la marcha de cinco meses de evolución, mareo y pérdida de peso de 10 kilogramos en dos meses, hormigueo y dolor (parestesias) de brazo izquierdo y pierna derecha, sin compromiso cardiopulmonar ni abdominal, con dolor a la dígito presión de músculos paravertebrales de columna lumbar y a la palpación en todo el trayecto del nervio ciático, por lo cual lo envió a valoración por Ortopedia en el Hospital Fernando Quiroz, agendándosele hasta el 16 de mayo de ese mismo año.

63. Personal médico de este Organismo Nacional resaltó que después de tres meses y medio y cuatro valoraciones (sic) en la Clínica Revolución, AR2 refirió a V1 a Ortopedia en el Hospital Fernando Quiroz, evidenciándose dilación en su diagnóstico corroborado con el malestar preexistente del paciente señalado.

64. Debido a la fecha programada para su valoración por Ortopedia, el 24 de abril de 2017, regresó a la Clínica Revolución y ante la persistencia en su sintomatología, AR2 lo derivó al servicio de Ortopedia de la Clínica Pisanty con diagnóstico presuntivo de: *“lumbalgia crónica agudizada en tratamiento con antiinflamatorios (indometacina y paracetamol)”* describiendo sus estudios de laboratorio en parámetros normales.

65. En la opinión médica de este Organismo Nacional se destacó lo siguiente:



65.1. AR2 omitió señalar las alteraciones en las células de la sangre aunado a que no completó el “*protocolo*” al no haber solicitado laboratorios de control, química sanguínea con electrolitos séricos para valorar la función renal (sodio, potasio, cloro, calcio, magnesio y fósforo), siendo estas de las primeras alteraciones manifestadas en una patología oncológica relacionada al tejido óseo, tampoco requirió estudios de imagen de columna completa por el alto riesgo de fracturas no diagnosticadas que pudiesen estar ocasionando el dolor incapacitante que V1 presentaba.

65.2. Por lo expuesto, tanto AR1 como AR2 incumplieron con la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de Dolor de Cuello Agudo y Crónico, que sugiere que en pacientes mayores a 50 años con cervicalgia (dolor de cuello) sin etiología determinada, se investiguen tumoraciones con estudios complementarios radiográficos en proyecciones anteroposterior, lateral, oblicuas y transoral, siendo obligatorias por el riesgo de fracturas vertebrales cervicales no diagnosticadas, de tal forma que cualquier paciente con mínima fractura de columna cervical debe tener una tomografía computarizada para que se evalúe el estado del arco neural, esto es, aquél que delimita el orificio raquídeo vertebral y referirlo a cirugía de columna, lo que omitieron en su respectiva valoración.

65.3. Cabe señalar que la pérdida de peso inexplicable y la falta de mejoría al tratamiento conservador aumentan el riesgo de dolor lumbar secundario a tumor, por su parte las parestesias indican diagnóstico de compresión radicular, debiendo corroborarse ambos diagnósticos con una resonancia magnética y/o tomografía para considerar el tratamiento, lo que no aconteció e incidió en la persistencia de la sintomatología que V1 presentaba.

65.4. AR1 y AR2, igualmente incumplieron con la literatura médica especializada universal vigente en Tumores y Columna Vertebral en la que se sugiere para el diagnóstico: un protocolo radiológico con radiografías completas del tejido óseo afectado, resonancia magnética y/o TAC y completado, biopsia del tejido, lo cual no solicitaron.



65.5. En la valoración de V1 realizada el 17 febrero de 2017 por AR2, debió ingresarlo a hospitalización para protocolo de estudio y su posterior envío a segundo nivel para mejor abordaje médico, desestimando la persistencia y agravamiento del dolor, las parestesias de la pierna y la evidente pérdida de peso ya que para ese momento ya era de 7 kilogramos en un mes, incumpliendo con la referida GPC y la literatura médica especializada universal vigente en Tumores y la Columna Vertebral, en las que se indica que para el diagnóstico y tratamiento de los tumores primarios y metastásicos de la columna vertebral deben realizarse diferentes estudios de laboratorio y gabinete para iniciar el tratamiento adecuado, evitando o reduciendo el daño neurológico al tiempo que se mantiene la estabilidad mecánica de la columna vertebral, lo que no consideró en su manejo médico.

❖ **Servicio de Ortopedia de la Clínica Pisanty del 26 de abril de 2017.**

66. Con motivo de la referencia por parte de AR2, el 26 de abril de 2017, a V1 valoró AR3, encontrándolo con: *“dolor lumbar incapacitante, pérdida de peso de 10 kilogramos en 2 meses”*, sin antecedentes de evento traumático o esfuerzo como causa del dolor y sin mejoría a pesar de tratamiento prescrito.

67. AR3 agregó a su cuadro clínico: sudoración nocturna y disestesia en silla de montar, es decir, alteración en la sensibilidad caracterizada por hormigueo doloroso en parte interna de los muslos y glúteos; a la exploración física lo encontró con dolor neuropático derecho en trayecto ciático, signos de neuropatía positiva bilateral de predominio derecho (signo de Lasegue, Bragard y Patrick), con disestesias (dolor o sensación inapropiada pero no incómoda) en vértebras lumbares L2, L3 y L4 derechas.

68. Indicó que la radiografía anteroposterior y lateral de lumbares evidenció alteraciones en las articulaciones de la columna (espondiloartrosis incipiente) sin datos de inestabilidad o desplazamiento hacia delante de las vértebras lumbares (listesis), por lo cual lo diagnosticó con: *“probable conducto lumbar estrecho más*



radiculopatía mecánica compresiva de origen a determinar”, esto es, lesión por atrapamiento de las vainas nerviosas a nivel de columna lumbar.

69. Le indicó tratamiento antineurítico y antiinflamatorio no esteroideo, enviándolo al servicio de Radiología en el Hospital Fernando Quiroz para una tomografía axial computarizada simple de columna lumbar -como parte del protocolo de estudio- y lo programó para el 8 de mayo del 2017, sin embargo, de las evidencias remitidas a esta Comisión Nacional, no obra seguimiento a esta cita.

70. En la Opinión médica de esta Comisión Nacional se consideró que AR3 no solicitó una tomografía de columna vertebral y de tórax óseo ante la persistencia del dolor que V1 presentaba, desestimando el resto de su sintomatología, lo que le obligaba a ampliar el protocolo de estudio, sin que ello aconteciera.

❖ **Hospital Fernando Quiroz del 5 de febrero al 14 de junio de 2017.**

71. Como se ha mencionado V1 dio seguimiento a su padecimiento en la Clínica Revolución desde el 16 de enero de 2017, empero ante su constante malestar, el 5 de febrero de 2017 acudió a urgencias del Hospital Fernando Quiroz con dolor costal derecho y limitación funcional de inicio súbito, exacerbado a la inspiración y sin que padeciera algún traumatismo reciente.

72. Fue atendido por AR4, quien asentó como antecedente que el 7 de enero de 2017, se le diagnosticó en el mismo servicio con dolor de espalda (ciatalgia) y esguince cervical, prescribiéndole complejo B y analgésicos no esteroideos, presentando hipersensibilidad, la cual fue corregida en la Clínica Revolución.

73. A la exploración física, AR4 lo reportó con signos vitales estables, despierto, orientado, bien hidratado, facie adolorida (algica), dolor a la palpación en trayecto del 9° arco costal derecho, palpando deformidad en su tercio medio, sin cambios de coloración ni crepitaciones; solicitando radiografía de tórax con resultado poco valorable para lesiones costales y campos pulmonares con proceso inflamatorio crónico, diagnosticándolo con: *“síndrome doloroso osteomuscular de probable origen neuropático”*, le prescribió analgésicos y esteroides antiinflamatorios,



pregabalina (para dolor neuropático periférico y central), dejando cita abierta a urgencias y control en su Clínica de Medicina Familiar.

74. En la opinión médica de este Organismo Nacional, AR4 no consideró el antecedente de varias consultas previas con motivo del mismo dolor y aumento progresivo e irradiación a arco costal, parestesias de miembros pélvicos (signos neurológicos) y pérdida hasta ese momento de 4 kilogramos en diez días, datos suficientes para sospechar una enfermedad neoplásica, por lo que se requería ingresarlo para protocolo de estudio, lo que no sucedió, por tanto, incumplió con:

74.1. La referida GPC para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el Primer Nivel de Atención que como se indicó y la literatura médica especializada universal vigente en Tumores y Columna Vertebral que establecen que los tumores óseos se caracterizan por alteraciones y deformidad en la estructura vertebral, por lo que su diagnóstico requiere un protocolo con radiografías completas del tejido óseo afectado, resonancia magnética y/o TAC y la biopsia del tejido, en el entendido que todos los tumores vertebrales secundarios originados en un órgano distinto a la columna son considerados malignos con potencial de destruir otros segmentos de la misma u otros órganos a distancia, conocidas como lesiones metastásicas y en el presente caso sería en arcos costales.

74.2. Si bien AR4 solicitó una radiografía en búsqueda de lesiones palpables, comentó que no pudo valorar las lesiones radiológicamente en arcos costales, observando únicamente alteraciones en tejido blando (pulmonar), omitiendo solicitar estudios de extensión (tomografía), desestimando los antecedentes mencionados, ocasionando dilación en el diagnóstico y consecuentemente en el tratamiento y pronóstico del paciente.

75. Ante la persistencia del dolor en la columna vertebral, el 4 de mayo de 2017, V1 acudió nuevamente a urgencias en el Hospital Fernando Quiroz, siendo atendido por AR5, quien lo encontró con signos vitales normales, sin compromiso cardiopulmonar ni abdominal y lo diagnosticó con: *“lumbalgia crónica”* (dolor



severo en la espalda), agregó a su tratamiento analgésicos, indicó datos de alarma y ordenó su egreso con cita abierta a urgencias, comentándole que ya contaba con su radiografía; en ese sentido, en la opinión médica de esta Comisión Nacional se consideró que omitió:

75.1. Describir los hallazgos de la radiografía de V1.

75.2. La exploración física de la columna vertebral (motivo de la queja), así como la exploración neurológica obligatoria en todo paciente con dolor de columna a cualquier nivel de conformidad a lo establecido en la GPC para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el Primer Nivel de Atención, que establece que ante la presencia de dolor y otros síntomas neurológicos en las extremidades pélvicas se deben evaluar los arcos de movilidad de columna, marcha, tono, tropismo muscular y evaluación de equilibrio, así como realizar la exploración neurológica, completa y orientada, lo que no sucedió.

75.3. Tampoco consideró que la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de Dolor de Cuello Agudo y Crónico, en la que se refiere que en pacientes con sospecha de tumoraciones deben realizarse estudios complementarios radiográficos en proyecciones anteroposterior (AP), lateral, oblicuas y transoral, siendo obligatorias por el riesgo, fracturas vertebrales cervicales no diagnosticadas, por lo que cualquier paciente con una mínima fractura de columna cervical debe tener una tomografía computarizada.

76. Como el dolor de V1 era cada día más intenso a pesar de múltiples valoraciones, el 8 de mayo de 2017 regresó a urgencias, siendo atendido por AR6 y AR7, quienes, al reportarlo con pérdida de peso aproximado de 20 kilogramos en tres meses, presión arterial elevada (150/100 mmHg.), dolor intenso e incapacitante en columna lumbosacra, lo ingresaron para su valoración por neurología con diagnóstico de: *“lumbalgia crónica agudizada”*.



77. Añadieron a su tratamiento protector de la mucosa gástrica, analgésicos y antineurítico, siendo adecuado en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional, al haber solicitado una tomografía lumbosacra para descartar probable hernia discal e interconsulta con neurocirugía.

78. Sin embargo, el 9 de mayo del 2017, AR6 ordenó su alta hospitalaria ante su *“leve y transitoria mejoría”*, con signos vitales normales, extremidades con fuerza muscular conservada, no focalizada, ni lateralizada, con signos de neuropatía negativos (Lassegue y Patrick), sensibilidad respetada y asintomático, con laboratoriales del 22 de febrero del 2017 normales y tomografía de columna *“sin lesión ósea ni listesis (desplazamiento vertebral)”*.

79. Además, asentó que fue valorado por especialista en ortopedia (sin referir datos del médico ortopedista), descartando que padeciera alguna patología aguda que ameritara su manejo intrahospitalario, más aún cuando ya era atendido de forma externa, encontrándose pendiente la electromiografía (procedimiento diagnóstico para evaluar la salud de los músculos y las células nerviosas que los controlan) en Hospital Adolfo López Mateos, con lo cual refirió que estuvo acuerdo V1, dejándolo en control en su Unidad Médica Familiar, cita abierta a urgencias y en Ortopedia y Neurología para el 16 y 22 de mayo de 2017, respectivamente.

80. Al respecto, personal médico de esta Comisión Nacional asentó que AR6 omitió:

80.1. Considerar las alteraciones hematológicas manifestadas en los resultados de los estudios de laboratorio de mismo 9 de mayo de 2017, en los que se evidenció pérdida o insuficiente formación celular en médula ósea por proceso hematológico y/o inflamatorio crónico y desequilibrio hidroelectrolítico.

80.2. Lo egresó con alteraciones metabólicas y alto riesgo de sangrado ante la pérdida celular e incapacidad de generar nuevas células en la médula ósea, derivado de su evidente patología neoplásica no diagnosticada.



80.3. Pasó desapercibida la importante pérdida de peso de 20 kilogramos en tres meses y la evidente evolución sintomatológica que V1 presentaba, aspectos orientativos hacia una patología neoplásica.

80.4. No consideró la realización de estudios de extensión y en su caso, referirlo a Oncología y/o Hematología, provocando dilación en su diagnóstico y tratamiento oportuno.

80.5. Al respecto, la GPC para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el Primer Nivel de Atención, la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de Mieloma Múltiple y la literatura médica especializada universal vigente en Tumores y la Columna Vertebral, coinciden en que ante la pérdida de peso sin causa aparente en conjunto con alteraciones en las células sanguíneas -como en el presente caso-, se debe sospechar malignidad e iniciarse protocolo urgente para establecer un diagnóstico y brindar el tratamiento idóneo, lo que AR6 no tomó en cuenta al haber ordenado el egreso de V1 de forma anticipada.

81. En la precitada opinión médica, igualmente se destacó que ante la omisión de un adecuado abordaje y manejo médico para la patología de V1 tanto en la Clínica Revolución como en el Hospital Fernando Quiroz y ante la persistencia y evolución de su sintomatología, en espera de las citas programadas a Ortopedia y Neurocirugía (16 y 22 de mayo de 2017, respectivamente), el 13 de mayo del 2017, acudió con un médico particular, quien le realizó una resonancia magnética de columna completa (cervical, torácica, lumbar y sacra), confirmándose la **neoplasia maligna**, destrucción de elementos óseos, infiltración de tejidos blandos y compresión de raíces nerviosas causantes de la sintomatología manifestada tempranamente, caracterizada por la pérdida de peso, dolor intenso en columna cervico-dorso-lumbar, arcos costales, deformidad, parestesias, alteraciones hematológicas y desequilibrio hidroelectrolítico, lo cual pasó desapercibido por los médicos tratantes durante cinco meses aproximadamente que estuvo en tratamiento, enfermedad grave de elevada mortalidad en esa etapa de su evolución que afectó totalmente el pronóstico de vida de V1.



❖ **Servicio de Ortopedia en el Hospital Fernando Quiroz del 16 de mayo de 2017.**

82. A pesar de que la resonancia magnética realizada a V1 evidenció múltiples lesiones a lo largo de la columna vertebral, no obra nota médica del seguimiento que se le dio en la cita programada en ortopedia el 16 de mayo de 2017, en la únicamente se infiere que fue atendido por AR8, debido a que le expidió una receta médica indicándole un analgésico.

83. Con motivo de la atención médica proporcionada a V1 en la Clínica Revolución, Clínica Pisanty y servicio de Urgencias del Hospital Fernando Quiroz, personal médico de este Organismo Nacional determinó:

83.1. AR1 y AR2 adscritas a la consulta externa de la Clínica Revolución; AR3 de la Clínica Pisanty; AR4, AR5, AR6 y AR7, adscritos al servicio de Urgencias del Hospital Fernando Quiroz omitieron protocolizar a V1 por las razones expuestas, lo que derivó directamente en dilación para establecerle un diagnóstico de certeza y tratamiento idóneo oportuno, o en su caso, aquél que mitigara su padecimiento lo que perjudicó su pronóstico de vida.

83.2. De no haber desestimado en sus respectivas valoraciones la sintomatología de V1 y de haberlo protocolizado como lo indican las GPC señaladas, se habría realizado su diagnóstico en forma oportuna, otorgándole tratamiento para su patología o un mejor pronóstico y calidad de vida, lo que no aconteció provocando la tórpida evolución del paciente hasta su lamentable fallecimiento.

84. Respecto a la trascendencia de las GPC, el Poder Judicial de la Federación ha sostenido su importancia para resolver los problemas médicos, al establecer lo siguiente:

“GUÍAS O PROTOCOLOS MÉDICOS EXPEDIDOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD O POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN LA MATERIA. SU FUNCIÓN PARA EFECTOS DE



*DETERMINAR UNA POSIBLE MALA PRÁCTICA MÉDICA. Las guías o protocolos médicos expedidos por la Secretaría de Salud o por la autoridad competente en la materia responden a la cristalización escrita de criterios de prudencia, sin que constituyan verdades absolutas, universales, únicas y obligatorias en su cumplimiento, **pero permiten habitualmente definir lo que se considera, en ese estado de la ciencia, práctica médica adecuada y prudente ante una situación concreta, fijando por escrito la conducta diagnóstica y terapéutica aconsejable ante determinadas eventualidades clínicas, lo que equivale a positivizar o codificar la lex artis.** Estas guías o protocolos no limitan la libertad prescriptiva del médico en su toma de decisiones, por cuanto un buen protocolo es flexible y dinámico, siendo susceptible de modificación. (...).⁷*

(Énfasis añadido)

❖ **Servicios de Neurología, Cirugía General, Urología, Medicina Interna, Hematología y Oftalmología en el Hospital Fernando Quiroz del 22 de mayo de 2017 al 14 de junio de 2017.**

85. La atención proporcionada a V1 en el servicio de Neurología del Hospital Fernando Quiroz y su posterior manejo multidisciplinario en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional fue adecuado, sin embargo, se reseñarán algunos aspectos de su seguimiento clínico para mejor comprensión de su evolución que culminó en su lamentable deceso.

86. El 22 de mayo de 2017, SP1 ordenó el ingreso hospitalario de V1 con diagnósticos: fractura cervical, fracturas patológicas, infiltrado óseo generalizado, neoplasia en estudio y canal lumbar estrecho para tratamiento médico quirúrgico.

⁷ Amparo en revisión 117/2012 de 28 de noviembre de 2012.



87. En la misma fecha, SP2 atendiendo a su sintomatología y los resultados de los estudios de laboratorio de 8 de mayo del 2017, en los que se confirmó la presencia de anormalidades en las células de la sangre y el resultado de la resonancia magnética en fase simple de columna lumbar del 13 de ese mes y año, diagnosticó a V1 con: *“canal lumbar estrecho secundario a neoplasia, probablemente plasmocitoma”*, solicitando una tomografía por emisión de positrones (PET-CT).

88. Para el 23 de mayo del 2017, SP1 indicó que en la tomografía simple y contrastada de tórax, abdomen y pelvis, observó fractura por aplastamiento de L2, lesión invasiva del canal medular a nivel L4 a L5, múltiples lesiones líticas (por destrucción ósea) en columna lumbar y en huesos iliacos del 30% en su rama mayor de predominio derecho, considerando que pudieran deberse a cáncer de próstata primario, sugiriendo toma de antígeno y ultrasonido prostático, así como una tomografía de cráneo para búsqueda de tumoración primaria, estableciendo un mal pronóstico para la vida, lo cual informó a los familiares de V1.

89. El 24 de mayo de 2017, SP1 le realizó a V1 sin incidentes: *“laminectomía L5-S1 + Toma de biopsia + Vertebroplastía T11-L2-L4-L5”* para *“(…) restaurar la inestabilidad mecánica de las fracturas toracolumbares (...)”* según lo establecido en la GPC para el Diagnóstico y Principios del Tratamiento Quirúrgico de las Fracturas de Vértebras Toraco-lumbares Secundarias a Traumatismo en el Adulto, en la que se establece que la tendencia actual es la intervención quirúrgica temprana en pacientes con fractura dorsolumbar con inestabilidad vertebral o déficit neurológico causado por compresión de las estructuras neurales.

90. Horas más tarde, el urólogo descartó que V1 presentara neoplasia prostática; sin embargo, el 26 de mayo del 2017, AR10 lo reportó con pancitopenia, esto es, disminución de todas las series celulares de la sangre: glóbulos rojos, blancos y plaquetas, sugiriendo adecuadamente protocolo de estudio para: *“mieloma múltiple por alteraciones en la sangre y lesiones líticas en columna, arcos costales y hueso sacro”*, para ello, solicitó radiografía de cráneo y huesos largos,



determinación de calcio, inmunoglobulinas, electroforesis, aspirado de médula ósea y cadenas ligeras, aceptando V1 su manejo conjunto.

91. Atento a dicha petición, ese mismo día, SP1 refirió a V1 a Hematología en el Centro Médico 20 de Noviembre con diagnóstico de: “*Síndrome Mieloproliferativo y Aplasia Medular Pancitopenia*”, reportándolo con aumento de dolor en 10 de 10 de intensidad, disminución de fuerza muscular de 4/5 a 2/5, en glóbulos blancos, rojos, plaquetas y tiempos de coagulación (Pancitopenia: Leucocitos 4.22: normal 4.5 a 11; Eritrocitos 2.51: normal 4 a 6; Hemoglobina 7.3: normal 11 a 18; Hematocrito 22.8: normal 35 a 60; Plaquetas 72: normal 150 a 450), leve desequilibrio hidroelectrolítico a expensas del potasio 3.0 (normal: 3.5) y aumento en los valores de las pruebas de función hepática (TGP 109.2: normal <40; TGO 138.8: normal <37; DHL 1046: normal 240 a 480 y proteínas totales 9.4: normal 6.4 a 8.3), confirmado por los resultados de sus estudios de laboratorio del 26 de mayo de 2017, a pesar de haber sido transfundido por segunda ocasión posterior al acto quirúrgico -indicativo de alteración a nivel de médula ósea-, ordenando transfundir una tercera ocasión e interconsulta con Medicina Interna y Hematología según la GPC de Transfusión de Componentes Sanguíneos en Adultos.

92. En la nota de ingreso a Medicina Interna de 27 de mayo del 2017, se le describió con masa en la parte superior de glúteo derecho de 5 cm. de diámetro, no móvil ni dolorosa; cefalea de 2 meses de evolución holocraneana (en toda la cabeza) opresiva con irradiación a zona retro-ocular bilateral de intensidad 9/10, acompañado de náusea y vómito en ocasiones, aumentado con el esfuerzo y mejorando al reposo y analgésico, acompañado de diplopía (ver doble) con dificultad para la fijación de la mirada, ptosis palpebral izquierda progresiva (caída de párpado izquierdo) de 2 meses de evolución, diaforesis nocturna (sudoración profusa) de 3 meses de evolución y pérdida de 20 kilogramos en cinco meses de acuerdo al cuadro clínico, los resultados de laboratorio disminución de todas las células de la sangre, evidenciando su reporte de la tomografía: “(...) *destrucción de hueso pélvico derecho a expensas de tumoración de características sólidas,*



definida de 13 por 7 centímetros, *hepatomegalia* (agrandamiento del hígado) y *esplenomegalia* (aumento del tamaño del bazo)”.

93. Criterios que apoyaban el diagnóstico de mieloma múltiple conforme a la opinión médica de esta Comisión Nacional, asimismo, se solicitó aspirado de médula ósea, tomografía de cráneo y radiografías de huesos largos, cadenas ligeras, inmunoglobulinas y velocidad de sedimentación globular, continuándose con el tratamiento establecido, agregando anticonvulsivo, antibiótico, analgésicos, albúmina y transfusiones sanguíneas cada 24 horas.

94. Los siguientes días, V1 estuvo a cargo de Cirugía General, Neurocirugía, Medicina Interna y Hematología y sin que se conozca la fecha, AR9 indicó que las laminillas del aspirado de médula ósea de V1 presentaban: “*hipoplasia de médula [pocas células sanguíneas] con disminución de serie granulocítica y megacariocítica con células atípicas ajenas a la médula ósea en conglomerado*”, sugestiva de infiltración de proceso primario, solicitando su envío a tercer nivel para continuar con protocolo de estudio.

95. V1 evolucionó tórpidamente con pancitopenia secundaria a las alteraciones en médula ósea, detectándose el 29 de mayo 2017, marcadores tumorales en sangre CA19-9 de 11.3 U/ml (normal de 0 a 37U/ml) y CA125 de 44.3U/ml (normal de 0 a 35 U/ml), al respecto, personal de este Organismo Nacional indicó que aun cuando dichos marcadores tumorales están presentes en la neoplasia, no son específicos para determinar el tipo de cáncer que padecía.

96. Derivado de las alteraciones oculares (diplopía súbita, exoftalmos de ojo izquierdo (ojos saltones), ptosis izquierda, cefalea y dolor ocular izquierdo) el 31 de mayo de 2017, la especialista en oftalmología reportó que su tomografía evidenció masa hiperdensa en cuadrante temporal superior de órbita izquierda con destrucción ósea y parénquima cerebral involucrado, diagnosticándolo con: probable plasmocitoma, lo que en opinión del personal médico de la Comisión Nacional representa uno de los datos característicos del mieloma múltiple de acuerdo a la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de Mieloma Múltiple.



97. El 13 de junio de 2017, SP1 reportó a V1 con deterioro neurológico importante, continuándose con su tratamiento incluyendo antibiótico de amplio espectro desde el 8 de ese mismo mes y año; sin embargo, el 14 de junio de 2017 cayó en paro sin que revirtiera a las maniobras de reanimación avanzadas.

❖ **Solicitudes de referencia del Hospital Fernando Quiroz al Centro Médico 20 de Noviembre y al Hospital Adolfo López Mateos.**

98. El 26 de mayo de 2017, el Hospital Fernando Quiroz refirió a V1 al servicio de Hematología del Centro Médico 20 de noviembre con diagnóstico de: *“síndrome mieloproliferativo y aplasia medular pancitopenia”*, debido a que presentó aumento de dolor en 10 de 10 de intensidad, disminución de la fuerza muscular de 4/5 a 2/5, disminución en glóbulos blancos, rojos y aumento en los valores de las pruebas de función hepática a pesar de haber sido transfundido por segunda ocasión después de la cirugía -indicativo de alteración a nivel de médula ósea-, ordenándose una tercera transfusión.

99. Cabe señalar que, en la nota de ingreso a Medicina Interna de 27 de mayo del 2017, se describió a V1 con pérdida de 20 kilogramos en cinco meses, disminución de todas las células de la sangre (pancitopenia), estableciendo la tomografía: *“(…) destrucción de hueso pélvico derecho a expensas de tumoración de características sólidas, definida de 13 por 7 centímetros, hepatomegalia y esplenomegalia”*, criterios que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional apoyaban el diagnóstico de: *“mieloma múltiple”*.

100. A partir de que AR9 solicitó el envío de V1 al tercer nivel para continuar con protocolo de estudio, a partir de ese momento evolucionó tórpidamente con pancitopenia secundaria a las alteraciones en la médula ósea.

101. El 29 de mayo de 2017, igualmente, se le refirió al Centro Médico 20 de Noviembre para la tomografía por emisión de positrones (PET-CT), sin que fuera posible debido a que personal adscrito a dicho Hospital de quien se desconocen datos informó lo siguiente: *“(…) por el momento no está en posibilidad de atender*



solicitudes para la realización de estudios GAMMA gráficos cardíacos y no cardíacos (sic), por no disponer de sustancias químicas indispensables, hasta nuevo aviso”; solicitándose el mismo estudio al Hospital Adolfo López Mateos, donde argumentaron que no realizan estudios PET-CT en dicho nosocomio.

102. Con la finalidad de determinar el diagnóstico definitivo de: *“mieloma múltiple”*, el 30 de mayo de 2017, se solicitaron los estudios de laboratorio sugeridos por AR10 al Centro Médico 20 de Noviembre, sin que se realizaran ante la falta de reactivos.

103. El 2 de junio de 2017, el servicio de Medicina Interna solicitó referencia de V1 a Hematología en el Hospital Adolfo López Mateos con diagnóstico de: *“tumoración ósea en pelvis, tumoración retroocular izquierda dependiente de hueso, tumoración que refuerza al medio de contraste dependiente de arco costal, tumoración en cadera derecha, patológicas a nivel de columna cervical, lumbar, sacra y hueso pélvico, síndrome de compresión medular (...)”*, externando AR11 de puño y letra la negativa de dicho servicio bajo el argumento que: *“(...) el traslado deberá ser solicitado por el hematólogo de su unidad”*.

104. El 5 de junio de 2017, en la nota de valoración de Telemedicina del Hospital Adolfo López Mateos, AR12 refirió de puño y letra: *“el reporte del AMO de esa unidad es compatible con mieloptisis, por lo que no procede valoración por nuestro servicio”*, rechazando así su traslado por segunda ocasión.

105. El 6 de ese mismo mes y año, por tercera ocasión, el médico de hematología del Hospital Fernando Quiroz solicitó la referencia de V1 al Hospital Adolfo López Mateos, el cual fue rechazado por AR11, quien de puño y letra asentó: *“no se acepta, enviar a oncología”*.

106. A pesar de las constantes negativas en los servicios médicos precitados, personal médico del Hospital Fernando Quiroz continuó con los trámites de referencia, ahora al servicio de Oncología del Hospital Adolfo López Mateos, en el



cual por cuarta ocasión se negó al haber asentado de puño y letra AR13: *“oncología médica no maneja pacientes con IDX de plasmocitoma”*.

107. Del informe remitido a esta Comisión Nacional por la Coordinación de Medicina Interna del Hospital Fernando Quiroz, se destacó:

107.1. Conoció del caso por la interconsulta realizada por AR9, refiriéndose a V1 al servicio de Hematología de tercer nivel por medio del sistema de interconsulta a distancia por Telemedicina con diagnóstico de sospecha de un plasmocitoma.

107.2. Cuando se interactuó con el médico de interconsulta se le comentó la necesidad de realizar estudios complementarios con relación al diagnóstico de sospecha, comprometiéndose *“con la familiar”* a auxiliar con el trámite para un estudio de imagen de medicina nuclear, sin embargo, por falta de recursos del Instituto se gestionó el trámite por atención al derechohabiente, sin embargo, para cuando les dieron cita, se informó el deceso de V1.

107.3. Indicó que el proceso de gestión de estudios lo vincularon en apoyo al paciente y no por solicitud de los médicos tratantes hacía la Coordinación.

107.4. Agregó cuando se les puso del conocimiento el caso, V1 presentaba etapas avanzadas de la enfermedad, además de que el diagnóstico de este tipo de padecimientos de sospecha requiere de un protocolo de estudio con el cual no cuentan en ese nivel de atención, realizándose procedimientos administrativos y gestiones médicas para su canalización, sin embargo, su recepción fue desestimada por el siguiente nivel de atención.

107.5. La Dirección, Subdirección y Coordinación Médica de Medicina Interna realizó los procedimientos pertinentes para su canalización y atención adecuada, sin que la recepción y toma de decisiones de otras unidades dependa de sus niveles administrativos, sin embargo, consultaron a las instancias superiores para el apoyo y recepción de la atención del paciente.



107.6. Resaltó que el expediente no cuenta con sus notas, debido a que su intervención fue de manera indirecta por apoyo al paciente como apoyo técnico en la gestión de procesos.

108. En ese sentido, en la opinión médica de esta Comisión Nacional se resaltó:

108.1. Al no haberse aceptado la valoración de V1 por los servicios de Hematología, Telemedicina y Oncología en el Hospital Adolfo López Mateos, no se le permitió completar el protocolo de estudio para establecer la tumoración primaria y su estadificación, a fin de que se le brindara mediante terapia paliativa un mejor pronóstico de sobrevida al cual tenía derecho.

108.2. En virtud de lo argumentado por el Hospital Adolfo López Mateos y el Centro Médico 20 de Noviembre respecto a la falta de recursos para la tomografía con emisión de positrones, la directora de Hospital Fernando Quiroz solicitó al Subdelegado médico de la Delegación Regional Poniente su apoyo para su realización, sin respuesta.

108.3. Si bien el Centro Médico 20 de Noviembre aprobó dicho estudio para el 13 de junio de 2017, lo condicionó a la remisión de período febril con temperatura de 38.7°C, conducta médica inadecuada debido a que la fiebre es un signo directamente relacionado con las patologías neoplásicas y refractarias al tratamiento, es decir, que no cede al tratamiento con medicamentos, sin que se contará con oficio de aceptación del estudio, por tanto, no se pudo determinar nombre completo, cargo, cédula profesional ni servicio de la persona responsable de dicha decisión.

108.4. El hecho de que no se realizara el protocolo completo para establecer el tumor primario, condicionado y favorecido aún más al no contarse con estudios de extensión para diagnosticar mieloma múltiple solicitados desde el 26 de mayo de 2017 por AR10 ante la falta de recursos en los hospitales Fernando Quiroz, Adolfo López Mateos y Centro Médico 20 de Noviembre,



aunado a que tampoco se realizó la tomografía por emisión de positrones (PET-CT), contribuyó al detrimento en la calidad de la atención de V1.

109. AR11, AR12 y AR13 adscritos al Hospital Adolfo López Mateos y AR14 adscrita al Centro Médico 20 de Noviembre omitieron en sus respectivas contestaciones las formalidades del expediente clínico, lo que será motivo de valoración en dicho apartado.

110. Por lo expuesto, AR1 y AR2 adscritas a la Clínica Revolución; AR3 de la Clínica Pisanty; AR4, AR5 y AR6 del Hospital Fernando Quiroz vulneraron el derecho humano a la salud de V1, lo que derivó en la pérdida de su vida con base en lo siguiente.

B. DERECHO A LA VIDA.

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

112. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).”*⁸

(Énfasis añadido).

⁸ Tesis constitucional. *“Derecho a la vida. supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”*. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011 y registro 163169.



113. Dicho derecho humano también se encuentra reconocido en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

114. La CrIDH ha establecido que: *“(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...).”*⁹; asimismo, *“(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...).”*¹⁰

115. Este Organismo Nacional ha referido que: *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”*.¹¹

⁹ “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, p.144.

¹⁰ “Caso Familia Barrios vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, p. 48.

¹¹ CNDH. Recomendación 75/2017, p. 61.



116. El derecho a la vida y a la protección de la salud, tienen la profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana;¹² en el caso particular, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por personal médico adscrito a la Clínica Revolución, a la Clínica Pisanty y al servicio de urgencias del Hospital Fernando Quiroz constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida como se acreditará enseguida.

B.1. Violación al derecho humano a la vida.

117. En la precitada opinión médica, se destacó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 omitieron protocolizar a V1, lo que derivó directamente en dilación para establecerle un diagnóstico de certeza y tratamiento idóneo oportuno, o en su caso, aquél que mitigara su padecimiento lo que perjudicó su pronóstico de vida ya que durante su internamiento presentó descompensaciones metabólicas e hipertensivas que fueron corregidas y a pesar del tratamiento prescrito en su manejo multidisciplinario, evolucionó tórpidamente con deterioro hematológico y metabólico progresivo, picos febriles, alteraciones pulmonares y neurológicas, complicaciones secundarias a metástasis neoplásica e infección de herida quirúrgica con progresión de la pancitopenia.

118. Igualmente presentó desequilibrio hidroelectrolítico progresivo (alteraciones del contenido corporal de agua o electrolitos en el cuerpo humano) con alcalosis metabólica (exceso de alcalinidad en los líquidos corporales) y alteraciones en la química sanguínea que mostraron falla hepática secundaria al tratamiento farmacológico crónico con analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos, por lo que se informó a los familiares las condiciones graves y alta posibilidad de complicaciones letales para la vida.

¹² “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, párrafo 117.



119. A pesar del manejo médico brindado a V1 cuando fue internado, a las 10:00 horas del 14 de junio de 2017 cayó en paro cardiorrespiratorio y aun cuando se le realizaron maniobras de reanimación avanzada durante 30 minutos, no revirtió, y conforme a la información asentada en el certificado de defunción, las causas de su lamentable deceso fueron: *“choque séptico de 14 horas de evolución, sepsis de 5 días de evolución y metástasis cerebral por tumor primario a determinar”*.

120. Al respecto, en la opinión médica de este Organismo Nacional, se asentó:

120.1. De no haberse desestimado su sintomatología y haberlo protocolizado como lo indican las GPC, se habría realizado su diagnóstico en forma oportuna, pudiendo haberle otorgado el tratamiento adecuado para su patología con un mejor pronóstico y calidad de vida, teniendo como consecuencia las omisiones en que incurrieron los médicos tratantes de la Clínica Revolución, Clínica Pisanty y área de urgencias del Hospital Fernando Quiroz, su tórpida evolución que culminó en su lamentable fallecimiento.

120.2. Aunado a que como se mencionó, no se completó el protocolo de estudio para establecer el tumor primario y su estadificación, lo que fue condicionado y favorecido aún más al no contarse con estudios de extensión para diagnosticar *“mieloma múltiple”* solicitados por AR10 ante la falta de recursos en el Hospital Fernando Quiroz, Hospital Adolfo López Mateos y en el Centro Médico 20 de Noviembre y tampoco se le realizó la tomografía por emisión de positrones (PET-CT), lo cual generó detrimento en la calidad de la atención a la que tenía derecho V1.

121. Por lo expuesto, AR1 y AR2, adscritas a la Clínica Revolución; AR3 de la Clínica Pisanty; AR4, AR5 y AR6 adscritos al servicio de urgencias del Hospital Fernando Quiroz vulneraron el adecuado cumplimiento de sus funciones médicas al omitir la apropiada prestación del servicio a que estaban obligados a proporcionar, lo que evidenció el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión, ya que debieron identificar y valorar oportunamente los síntomas de V1



para determinar un diagnóstico que permitiera conocer el tipo de cáncer que padecía con estadificación, y en su caso, brindarle un tratamiento, igualmente debieron apegar-se a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica para no incurrir en acciones o conductas omisas como aconteció, lo que propició que V1 perdiera lamentablemente la vida, afirmándose que dichas personas servidoras públicas incumplieron con su deber de garantizar calidad y oportunidad en la atención médica brindada.

122. También incumplieron con los artículos 48 y 138 Bis del Reglamento de la Ley General de Salud, de los que deriva la responsabilidad del médico como del equipo multidisciplinario que atendió a V1, debido a que los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, lo que no sucedió.

123. Trasgredieron los puntos 2 y 3 del Código de Conducta para el personal de Salud 2002,¹³ los cuales prevén la obligación del personal médico para aplicar el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente, apegándose a indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes.

124. Por su parte, AR4, AR5 y AR6 adscritos al servicio de urgencias del Hospital Fernando Quiroz incumplieron con la fracción III, del artículo 27, de la Ley General de Salud, que precisa que la atención médica integral incluye la atención de urgencias, como un derecho de los beneficiarios de conformidad con la fracción XII del ordinal 77 bis 37 de la referida ley, en concordancia con el diverso 72 del Reglamento de la Ley General de Salud, que al respecto señala que se entiende por urgencia: “(...) *todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro*

¹³ Emitido en el mes de octubre con la participación de la Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y la Dirección de Vinculación con Gobierno y Sociedad de la SECODAM.



la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata”, correlacionado con la fracción LII, del artículo 3, del Reglamento del ISSSTE, que define la urgencia en similares términos.

125. Por lo que, al no haberle proporcionado a V1, la atención médica de urgencia que requería desde la segunda ocasión que acudió a urgencias del Hospital Fernando Quiroz, las personas servidoras públicas ya referidas igualmente incumplieron con el punto 4.1.1 de la NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”,* vigente al momento de los hechos, que define a la urgencia como: *“todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata”.*

126. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional, que en el Expediente de Responsabilidad Patrimonial del Estado 1, la Subdirección de lo Contencioso de la Dirección Normativa de Procedimientos Legales en el ISSSTE el 23 de junio de 2020, resolvió improcedente la solicitud de indemnización y/o reembolso reclamada por V3 al considerar entre otras cuestiones, que cuando V1 acudió al Instituto ya presentaba etapa avanzada de su enfermedad lo que derivó en su fallecimiento, ya que el personal médico le brindó la atención médica a sus malestares y síntomas en Urgencias y en las unidades médicas relacionadas, por lo cual no hubo deficiencia o negligencia médica o administrativa en su atención, no existiendo el nexo causal entre la conducta reclamada y el supuesto daño provocado.

127. Contrario a lo anterior, esta Comisión Nacional acreditó que el personal médico que atendió a V1 desde las primeras ocasiones, omitió un protocolo de estudio para diagnosticarlo y darle un tratamiento acorde a su sintomatología, a lo que se adicionó la negativa de los hospitales del siguiente nivel de atención para la realización de los estudios indispensables para su diagnóstico definitivo y si bien dicha negativa no es atribuible al personal médico que contestó, si constituye



responsabilidad institucional como se asentó en la opinión médica elaborada por este Organismo Nacional.

128. V1 tenía derecho de ser atendido de manera integral para obtener un diagnóstico y tratamiento certero, contrario a ello, las omisiones de los médicos señalados contribuyeron a su deficiente proceso inicial, al no haberle garantizado la atención médica que requería, debido a que los hallazgos observados ameritaban su traslado a un tercer nivel de atención inmediata para limitar la progresión de su enfermedad y evitar que se pusiera en riesgo su vida como aconteció, lo que pudo haberse evitado si desde un inicio se le hubiera realizado un interrogatorio adecuado para conocer la etiología del dolor y baja de peso que presentaba, y que al no haber acontecido, les genera responsabilidad a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 al haber vulnerado el derecho humano a la protección a la salud y la consecuente pérdida de la vida.

129. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 4º, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restablecer la salud de las personas.

130. En el presente caso, los médicos tratantes que atendieron a V1 posterior a su reingreso, no consideraron la evolución del dolor que presentaba ni mucho menos la notable pérdida de peso y las sintomatologías que se fueron agregando como, las parestesias, la imposibilidad de caminar, colocándolo en un estado de vulnerabilidad, que ameritaba su adecuada atención médica con la realización de estudios idóneos para diagnosticarlo, lo que al no haber acontecido le generó inestabilidad clínica constante hasta su desafortunado fallecimiento.

131. Para garantizar una adecuada atención médica se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa



materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la ONU.¹⁴

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

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

134. Por ello, corresponde al Estado mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a fin de que se garantice una vida saludable y se promueva el bienestar para todos a cualquier edad; por lo cual, se requiere reforzar los servicios hospitalarios para que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a los pacientes de manera pronta con base en los protocolos existentes para cada padecimiento y considerando la existencia de insumos correspondientes para no mermar la calidad en el servicio a que tienen derecho los usuarios.

135. Como se advirtió, en el caso particular, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 vulneraron el derecho a la protección de la salud de V1 que trascendió hasta la pérdida de la vida, por lo cual incumplieron con los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V;

¹⁴ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*, 219/418.



3º fracción II, 23, 27, fracción III; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud, así como en el contenido de las GPC ya señaladas.

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

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

137. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,¹⁵ párrafo 27, considera que *“(..). los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”*.

138. En ese sentido, la CrIDH en el *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*, ha sostenido que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*.¹⁶

139. La norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, establece 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, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”*.¹⁷

¹⁵ CNDH. *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, 31 de enero de 2017.

¹⁶ CrIDH. *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

¹⁷ Introducción, p. dos.



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

141. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.¹⁸

142. Una de las consecuencias de la indebida integración del expediente clínico es que dificulta la investigación en caso de presuntas violaciones a derechos humanos, por lo que, en el caso particular, se asentarán las irregularidades administrativas en su integración.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

143. De las evidencias con que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que AR1 omitió solicitar la valoración de V1 por Ortopedia y Medicina Interna; AR2 no requirió interconsulta con Ortopedia o alguna especialidad en columna; en tanto, AR6 omitió referirlo a Oncología o Hematología, por tanto, infringieron el punto 6.3

¹⁸ CNDH, p. 34.



de NOM-004-SSA3-2012, relativa a la nota de interconsulta en la que se indica: “La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico”.

144. AR1 y AR2 igualmente omitieron realizar la adecuada historia clínica de V1 basada en un interrogatorio adecuado y al no haberlo hecho contravinieron los puntos 6.1, 6.1.1 y 6.1.2, de la referida NOM-004-SSA3-2012, en los que se especifican los requerimientos para el interrogatorio de toda persona.

145. Las omisiones en que incurrieron las personas servidoras públicas ya referidas en la atención médica de V1 impidieron que se determinara la etiología de su padecimiento, de ahí que la historia clínica era fundamental para allegarse de un diagnóstico correcto, lo que no aconteció y en ese sentido, el Poder Judicial de la Federación, ha sostenido la importancia de la historia clínica del paciente, en términos de la siguiente tesis en materia civil:

*“MALA PRÁCTICA MÉDICA. AUSENCIA O DEFICIENCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA. La historia clínica constituye el relato patográfico o biografía patológica del paciente, esto es, la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que ostenta un valor fundamental, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también a la hora de juzgar la actuación de un profesional sanitario. **Así, la ausencia o deficiencia de la historia clínica, genera una presunción en contra de los médicos que trataron al paciente, respecto a la existencia de una posible mala práctica médica, pues tal ausencia o deficiencia no puede sino perjudicar a quienes tienen el deber de confeccionarla y asentar en ella todos los pormenores necesarios según la ciencia médica y no al paciente, en atención a que son precisamente los médicos quienes se encuentran obligados a documentar detalladamente el curso del acto médico. De lo anterior se colige que el hecho de documentar un historial clínico de **forma incompleta o deficiente por parte del personal médico constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la*****



*salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina”.*¹⁹

(Énfasis añadido).

146. Por su parte, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10 omitieron asentar su nombre completo, especialidad, clave del médico y/o cédula profesional en sus respectivas notas médicas; misma situación en que incurrieron AR11, AR12 y AR13, quienes además realizaron anotaciones de puño y letra en las hojas de referencia remitidas a diversos servicios de su sede hospitalaria; mientras que en los informes de AR14 y personal de quien se desconoce información, igualmente se omitieron algunos de dichos datos, por ende, incumplieron con el punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, que establece: *“Todas las notas (...) deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, (...) la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables (...)”*, así como el diverso 5.11 que ordena: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)”*.

147. Cabe señalar que en cuanto a la intervención de AR8, el ISSSTE omitió adjuntar la nota de consulta médica de su especialidad realizada a V1 el 22 de mayo de 2017; al igual que respecto a quien lo atendió en la Clínica Revolución el 29 de enero de ese mismo año y al ortopedista del Hospital Fernando Quiroz, de quien únicamente AR6 hizo mención en la nota médica del 9 de mayo de 2017, sin que se encuentren documentadas las mismas; incumpléndose con lo establecido en el apartado de introducción de la NOM-004-SSA3-2012, que precisa que deberá: *“(...) 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 (...)”*, lo que impidió a este Organismo Nacional determinar si dichas personas servidoras públicas incurrieron en alguna

¹⁹ Registro 2002569. Semanario Judicial de la Federación, Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1.



irregularidad en la atención médica de V1, lo que deberá investigarse a fin de que se determine lo conducente.

148. Tampoco pasa inadvertido para esta Comisión Nacional, la inconformidad de V2 respecto a la dilación en la realización de los estudios solicitados vía referencia al Hospital Adolfo López Mateos, así como, al Centro Médico 20 de Noviembre, y sus manifestaciones en cuanto a los motivos por los cuales no se ordenó el traslado de su padre a un hospital de tercer nivel para que diagnosticaran el tipo de cáncer que padecía y poder brindarle un tratamiento oportuno.

149. V2, igualmente reiteró que personal de la dirección, subdirección y personal médico que intervino en la atención de V1, fue *“grosero y prepotente”* a pesar de que apeló a su sentido de humanidad y profesionalismo, aunado a que no se le informaba el estado de salud de su padre.

150. En ese sentido, de las evidencias con que se contó, SP1 asentó en las notas médicas del 23 y 24 de mayo de 2017, que informó a los familiares el estado de salud de V1; no obstante, lo manifestado por V2 deberá investigarse a fin de que se deslinden las responsabilidades correspondientes, debido a que el personal hospitalario debe considerar las obligaciones éticas y de trato social que rigen su actuar, partiendo de que el paciente es una unidad biológica, psicológica y social, por tanto tenían el deber de informarle a V2 y demás familiares los avances respecto a su diagnóstico, respetando su dignidad humana, tal como lo establece el *“Código de conducta para el personal de salud 2002”*, así como el *“Código de Bioética para el personal de la salud 2002”*.²⁰

151. De esta manera, las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de las y los pacientes, así como su historial clínico detallado para un tratamiento

²⁰ Guía de conducta en el ejercicio profesional realizado por la Secretaría de Salud en conjunto con diversas instituciones, entre las que se destaca el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.



acorde a su padecimiento y en su caso, para deslindar las responsabilidades que correspondan, con lo cual se vulnera el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de su atención médica en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

152. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuyas notas médicas se encontraron incompletas, breves e ilegibles, con abreviaturas, a pesar de que dichos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.²¹

153. No obstante, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la referida norma oficial mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo que se traduce en el respeto al derecho humano al acceso a la información en la materia, ya que como se asentó, las instituciones de salud y en el caso particular, el ISSSTE resulta solidariamente responsable de su incumplimiento y como parte de la prevención, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas para que se cumpla en sus términos.

154. Cabe destacar que el 8 de septiembre de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la diversa NOM-024-SSA3-2010, *“que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud”*, la cual también es de observancia obligatoria en el sector público y para quienes presten servicios

²¹ CNDH. Recomendaciones: 83/2019, p. 219, 1/2019, p.145, 71/2018, p.243 y 40/2018, p. 222, entre otras.



médicos de los sectores social y privado, que adopten sistemas de registros electrónicos en materia de salud; por ello, es indispensable que el ISSSTE considere su subsecuente aplicabilidad al ser considerado un: *“Sistema Informático que almacena los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser accesado por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integral la atención y cuidados de salud”*,²² la cual es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para el Sector Público, así como para aquellos establecimientos que presten servicios de atención médica, personas físicas y morales de los sectores social y privado que adopten un sistema de registros electrónicos en salud en términos de la presente norma y de la legislación aplicable.

155. Por lo expuesto, se acreditó que en los expedientes clínicos relacionados con V1, no se observó ni se dio debido cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012, en la cual se dispone que su uso resulta imprescindible por contener aspectos relevantes sobre el estado de salud del paciente, considerándose su registro: *“de la mayor relevancia para su correcta integración, buscando que en el proceso de atención se generen los mayores beneficios”*.²³

D. RESPONSABILIDAD.

156. Si bien en el Expediente de Responsabilidad Patrimonial del Estado 1, la Subdirección de lo Contencioso de la Dirección Normativa de Procedimientos Legales en el ISSSTE el 23 de junio de 2020 resolvió improcedente la solicitud de indemnización y/o reembolso reclamada por V3 al considerar que el personal médico le brindó la atención a sus malestares y síntomas en el servicio de Urgencias como en las unidades médicas relacionadas, sin que advirtiera deficiencia o negligencia médica o administrativa en su atención.

²² Manual del expediente clínico electrónico emitido por la Secretaría de Salud en el año 2011, 1ª edición, p.11.

²³ CNDH. Recomendación 26/2020, párrafo 250.



157. Contrario a lo anterior, personal médico de esta Comisión Nacional acreditó la responsabilidad de AR1 y AR2 adscritas a la Clínica Revolución, AR3 adscrito a la Clínica Pisanty, AR4, AR5 y AR6 del Hospital Fernando Quiroz, provino de la falta de diligencia con la que se condujeron en la atención médica proporcionada a V1 tal como se comprobó con las conductas y omisiones descritas en la presente Recomendación, lo que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud que repercutió en la pérdida de la vida de V1, como se constata enseguida:

157.1. Dichas personas servidoras públicas desestimaron la sintomatología de V1, al no haber considerado la pérdida súbita de peso, la persistencia del dolor progresivo a pesar de los tratamientos administrados, debido a que no contaba con antecedente de traumatismo que explicara la causa del mismo, lo que generó que no se contara con un diagnóstico certero y oportuno para descartar alguna patología neoplásica, y en su caso, brindarle un mejor pronóstico y calidad de vida, ocasionando con sus respectivas omisiones su tórpida evolución que contribuyó en su lamentable deceso.

158. Por otro lado, las irregularidades en la integración de los expedientes clínicos de V1, igualmente constituyen responsabilidad para AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14 y quienes resulten responsables con motivo de las manifestaciones de V2, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, con lo cual también se vulneró el derecho humano al acceso a la información en materia de salud en agravio de los familiares de V1.

159. Por lo expuesto, acreditadas las irregularidades médicas y administrativas se considera que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14 incumplieron con lo previsto en el artículo 8, fracciones I y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos, en relación con el artículo 252 de la Ley del ISSSTE, que prevén su obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público; en ese sentido,



aun cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

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

160.1. Denuncia ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1.

160.2. Denuncia ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14 y quienes resulten responsables con motivo de las irregularidades advertidas en la integración del expediente clínico.

160.3. Denuncia en la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR11, AR12, AR13 y quien adicionalmente resulte responsable con motivo de la deficiente atención médica de V1, de acuerdo a la segunda conclusión de la Coordinación.

D.1. Responsabilidad Institucional.

161. El párrafo tercero del artículo 1º constitucional establece que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, están obligadas a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

162. Tales obligaciones igualmente se establecen en distintos tratados y convenciones de derechos humanos de los que el Estado mexicano es parte, por



ende, cuando se incumple con éstas, se genera una responsabilidad institucional, independientemente de aquella que corresponda al personal involucrado en la violación a derechos humanos de quien la expone.

163. En el caso concreto, fue evidente la responsabilidad institucional del ISSSTE, debido a que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional, no se completó el protocolo de estudio para establecer el tumor primario que V1 padecía, lo que fue condicionado y favorecido al no contarse con estudios de extensión para diagnosticarlo con: *“mieloma múltiple”*, solicitados desde el 26 de mayo de 2017 por AR10 ante la falta de recursos e insumos en el Hospital Fernando Quiroz, Hospital Adolfo López Mateos y Centro Médico 20 de Noviembre.

164. Así como tampoco se le realizó la tomografía por emisión de positrones debido a que para el momento en que ésta fue programada, V1 ya había fallecido, lo que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional dilató su diagnóstico y con ello, se le negó un mejor pronóstico de vida.

165. En ese sentido, los artículos 28 y 29, de la Ley General de Salud establecen que habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y que la Secretaría de Salud garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera, en coordinación con las autoridades competentes.

166. De lo que se infiere que, en la responsabilidad de proteger los derechos a la protección a la salud y si bien los prestadores de servicios tienen una participación activa, el Estado tiene el deber de proveer los recursos para garantizar un servicio de salud de calidad y acorde a las necesidades de los usuarios.

167. Por tanto, el Hospital Fernando Quiroz, el Hospital Adolfo López Mateos y el Centro Médico 20 de Noviembre incumplieron con la NOM-016-SSA3-2012, que



establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, generando con ello, un detrimento en la calidad de la atención en sus derechohabientes.

168. El hecho de no habersele realizado los estudios solicitados a V1 para poder diagnosticarlo adecuadamente, constituye una falta de garantía integral de los servicios de salud en beneficio de las personas usuarias, incumpliendo también con el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud, no obstante que, en el Expediente de Responsabilidad Patrimonial del Estado 1, el 23 de junio de 2020 la Subdirección de lo Contencioso de la Dirección Normativa de Procedimientos Legales en el ISSSTE, resolvió improcedente la solicitud de indemnización y/o reembolso reclamada por V3, al haber considerado que a V1 se le brindó atención a sus malestares y síntomas en el servicio de Urgencias como en las unidades médicas relacionadas, sin que advirtiera deficiencia, negligencia médica o administrativa en su atención.

169. Contrario a dicha determinación, personal médico de esta Comisión Nacional indicó que ante la evolución tórpida y el lamentable fallecimiento de V1, no se completó del todo su protocolo de estudio para establecer su tumor primario, lo que fue condicionado y favorecido aún más, al no contarse con estudios de extensión solicitados desde el 26 de mayo de 2017, ante la falta de recursos en los hospitales Fernando Quiroz, Adolfo López Mateos y Centro Médico 20 de Noviembre, los cuales eran indispensables para diagnosticar Mieloma Múltiple, aunado a que tampoco se realizó la Tomografía por Emisión de Positrones (PET-CT), lo que generó detrimento en la calidad de la atención que V1 ameritaba, evidenciando un nexo causal entre su padecimiento sin diagnóstico y la falta de recursos, contribuyendo en la dilación en su manejo médico que culminó con su fallecimiento sin diagnóstico, como se acreditó.

170. Por tanto, este Organismo Nacional solicitara a las autoridades del ISSSTE gestionen con las autoridades correspondientes para que en lo sucesivo el Hospital Fernando Quiroz, el Hospital Adolfo López Mateos y el Centro Médico 20 de Noviembre cuenten con insumos, instrumentos, equipo, personal médico y todo



aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad, eficacia y prontitud, pues en el caso particular, pudo haberse completado el protocolo de estudio de V1 para confirmar si padecía “mieloma múltiple” y de esta manera brindarle un tratamiento con mejor pronóstico de vida, sin que ello sucediera.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

171. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr su efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

172. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del “Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral” de la CEAV, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, y el “Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se



emiten los *Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral*”, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de V1 que derivó en la pérdida de su vida, así como al acceso a la información en materia de salud, se deberá inscribir a V2 y V3 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual, se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

173. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

174. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la CrIDH asumió que: *“(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, además precisó que *“(...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”*.²⁴

²⁴ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.



175. Sobre el “*deber de prevención*”, la CrIDH sostuvo que: “(...) *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...)*”²⁵

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

i. Medidas de Rehabilitación.

177. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2 y a V3, atención psicológica y tanatológica en caso de que lo requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta su sanación física, psíquica y emocional con motivo del fallecimiento de V1.

178. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, con información previa, clara y suficiente. Los tratamientos en su caso deberán ser provistos por el tiempo necesario, incluyendo cuando sea indispensable, la provisión de medicamentos.

ii. Medidas de Compensación.

179. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *tanto*

²⁵ “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.



*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”.*²⁶

180. El ISSSTE en coordinación con la CEAV deberá valorar el monto de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a esta última para que, en el ejercicio de sus atribuciones, se proceda conforme a Derecho.

iii. Medidas de Satisfacción.

181. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, comprende que las autoridades colaboren ampliamente con la instancia investigadora competente, derivado de la denuncia que presente éste Organismo Nacional, para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

182. En el presente caso, la satisfacción comprende que el ISSSTE colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja y denuncia que respectivamente que se presenten ante el Órgano Interno de Control de dicho Instituto y en la Fiscalía General de la República en contra del personal médico interviniente y quien resulte responsable, a fin de que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, debiéndose glosar en su expediente laboral las determinaciones que resulten.

²⁶ “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, p. 244.



183. También se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas al haberse acreditado su responsabilidad en la violación a los derechos humanos de V1 previamente analizados.

iv. Medidas de no repetición.

184. Consisten en implementar medidas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, para lo cual, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

185. Por tanto, las autoridades del ISSSTE deberán implementar un curso integral en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación:

185.1. Al personal médico de la consulta externa de la Clínica Revolución y del servicio de Ortopedia de la Clínica Pisanty sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud en relación con la debida observancia al contenido de la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de Dolor de Cuello Agudo y Crónico.

185.2. Al personal del área de Urgencias del Hospital Fernando Quiroz sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud en relación a la debida observancia al contenido de la GPC para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el Primer Nivel de Atención; GPC para el diagnóstico y principios del tratamiento quirúrgico de las fracturas de vértebras toraco-lumbares secundarias a traumatismo en el adulto y de GPC para el diagnóstico y tratamiento de mieloma múltiple.



185.3. Al personal de los referidos hospitales, así como del Hospital Adolfo López Mateos y Centro Médico 20 de Noviembre respecto al contenido del Código de Bioética para el Personal de la Salud 2002, del Código de Conducta para el Personal de Salud 2002 y de la aplicabilidad del *“Manual del expediente clínico electrónico”* emitido por la Secretaría de Salud.

186. Dichos cursos deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. Su contenido deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultado con facilidad.

187. En el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal médico del área de consulta externa de la Clínica Revolución, del servicio de Ortopedia de la Clínica Pisanty y de urgencias del Hospital Fernando Quiroz cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con debida diligencia.

188. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el *“Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”*,²⁷ en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

189. Deberán realizarse en un término de seis meses, las gestiones indispensables a fin de que, en el Hospital Fernando Quiroz, Hospital Adolfo

²⁷ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.



López Mateos y Centro Médico 20 de Noviembre cuenta con recursos materiales para su óptimo funcionamiento y de esta manera se garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad y eficiencia.

190. En el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de los nosocomios que nos ocupan, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión para que se garantice que los expedientes clínicos generados con motivo de la atención médica que se brinda, estén integrados conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; y hecho que sea, se supervise durante un período de seis meses su cumplimiento con objeto de garantizar su no repetición.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula respetuosamente a usted, Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación del daño de V2 y V3, que incluya una compensación con motivo del deceso de V1 en términos de la Ley General de Víctimas, debiendo inscribirlas en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral correspondiente y se les otorgue atención psicológica y tanatológica con base en las evidencias planteadas y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3,



AR4, AR5, AR6, AR11, AR12 y AR13 con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, así como las relacionadas con la integración del expediente clínico respecto de AR1, AR2, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, y en caso de que se determine la responsabilidad administrativa, se incorpore copia de la presente Recomendación a los expedientes laborales respectivos, debiendo remitir a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Colabore con este Organismo Nacional en la denuncia que se presente ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

CUARTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud dirigido al personal médico de la consulta externa de la Clínica Revolución, del servicio de Ortopedia de la Clínica Pisanty, del servicio de Urgencias del Hospital Fernando Quiroz, del Hospital Adolfo López Mateos y del Centro Médico 20 de Noviembre ya precisados. Cuyo contenido deberá estar disponible de forma electrónica y en línea, para que pueda ser consultado con facilidad, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de la Clínica Revolución, de la Clínica Pisanty, así como del Hospital Fernando Quiroz con las medidas pertinentes de prevención y supervisión para que se garantice que los expedientes clínicos generados con motivo de la atención médica que se brinda, estén integrados conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y hecho que sea, se supervise durante un período de seis meses su debido



cumplimiento con objeto de garantizar su no repetición, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. En el término de seis meses contados a partir de la aceptación de la Recomendación, realizar las gestiones indispensables a fin de que en el Hospital Fernando Quiroz, el Hospital Adolfo López Mateos y el Centro Médico 20 de Noviembre cuente con recursos materiales para su óptimo funcionamiento a fin de que se garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad y eficiencia, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias de su cumplimiento.

SÉPTIMA. Gire instrucciones para que en el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular dirigida al personal médico de la consulta externa de la Clínica Revolución, de la Clínica Pisanty y del área de Urgencias del Hospital Fernando Quiroz, en la que se exhorte, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

191. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias



administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

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

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA