



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 39/2018

SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, POR LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN AGRAVIO DE V, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 61, DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8, DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 Y EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 14, CENTRO MÉDICO NACIONAL “ADOLFO RUIZ CORTINES”, TODOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN VERACRUZ.

Ciudad de México., a 23 de octubre de 2018.

**MTRO. TUFFIC MIGUEL ORTEGA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero; 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/1/2014/3524/Q relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78 y 147 de su Reglamento Interno, 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la información Pública, 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad responsable
SP	Servidor público

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

Institución	Acrónimo
Hospital General de Zona No. 8, del IMSS en Córdoba, Veracruz.	HGZ-8.

Hospital General Regional No. 1 del IMSS en Orizaba, Veracruz.	HGR-1.
Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la Miastenia Gravis en el Adulto, del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Guía para el Tratamiento de la Miastenia Gravis.
Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, <i>"Del Expediente Clínico"</i> .	NOM-168-SSA1-1998.
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, <i>"Del Expediente Clínico"</i> .	NOM-004-SSA3-2012.
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Reglamento de la LGS.
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Reglamento de Prestaciones del IMSS.
Unidad de Medicina Familiar No. 61, del IMSS en Córdoba, Veracruz.	UMF-61
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades No. 14 Centro Médico Nacional <i>"Adolfo Ruíz Cortines"</i> del IMSS en Veracruz, Veracruz.	UMAE-14.

I. HECHOS.

4. El 2 de junio de 2014, V (mujer de entonces 41 años de edad) formuló queja ante este Organismo Nacional por la inadecuada atención médica que le brindaron los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), quienes no la canalizaron oportunamente con un especialista en “*miastenia gravis*” (enfermedad que causa debilitamiento en los músculos voluntarios), para aliviar su padecimiento.

5. De los antecedentes clínicos de V en los diversos nosocomios donde fue valorada, se advirtió lo siguiente:

5.1. Personal médico de la UMF-61 y el HGZ-8, que atendió a V del 22 de abril al 16 de diciembre de 2010, le diagnosticaron “*miastenia gravis*”, la cual le fue detectada en 2009, por una Institución Privada, motivo por el cual le proporcionaron un tratamiento farmacológico de inmunosupresores (prednisona y azatioprina), y otros denominados neostigmina y piridostigmina, así como deflazacort.

5.2. El 16 de diciembre de 2010, AR5 advirtió que la tomografía practicada a V, mostró la glándula del timo sin remanentes y sin haber confirmado el diagnóstico de “*miastenia gravis*”, canalizó a la agraviada al servicio de cirugía.

5.3. El 2 de febrero de 2011, AR7, médico de la UMAE-14, extirpó el timo¹ a V, encontrando como hallazgo un timo normal, y la paciente causó alta el 8 del mismo mes y año.

5.4. Del 17 de marzo de 2011 al 10 de abril de 2014, personal médico del HGR-1 y la UMAE-14, pasó desapercibido que en todas sus revisiones realizadas a V, a partir de 2010, sólo presentaba caída del párpado izquierdo, pero no parálisis de los músculos extraoculares, el timo extirpado el 2 de febrero de 2011 se reportó normal, y no presentaba una debilidad muscular progresiva generalizada, como era de esperarse por el transcurso de los años, criterios más que suficientes para haber considerado un diagnóstico diferente al que realmente padecía.

6. El 30 de septiembre de 2014, SP1 neurólogo del HGZ-8 valoró a V, a quien encontró con dificultades para hablar y deglutir fluctuante, sin que presentara mejoría, por lo que realizó pruebas clínicas de fatigabilidad, las cuales resultaron normales, por lo que estableció que la paciente *“(...) no tiene datos de clínicos ni evolución típica de una enfermedad de placa neuromuscular como la miastenia gravis y por tanto los manejos que ha recibido nunca han dado resultado”*.

7. El 3 de octubre de 2014, un Juzgado de Distrito en materia Administrativa en esta Ciudad de México, en relación al Juicio de Amparo promovido por V, a quien

¹ Timo. Es un órgano situado en la cavidad torácica, entre el corazón y el esternón, dentro de la cual madura las células llamadas linfocitos, esencial para el sistema inmunitario, finalizando su función en el momento del nacimiento y se va atrofiando progresivamente con el paso de los años y queda sustituido por tejido graso.

un neurólogo del HGZ-8 le diagnosticó que no padecía la enfermedad de “*miastenia gravis*”, por lo que el Juez ordenó al IMSS efectuar los estudios necesarios y emitir una segunda opinión para determinar si V presentaba “*miastenia gravis*”.

8. El 29 de octubre de 2014, en la UMAE-14, se realizó a V una resonancia magnética de encéfalo que mostró un tumor cerebral (*meningioma paraselar izquierdo*).

9. El 3 de noviembre de 2014, SP2, neurólogo de la UMAE-14, informó al Juzgado de Distrito que se efectuaron estudios a V, cuyos resultados determinaron que “*en este momento no tiene miastenia gravis*”, y la resonancia magnética mostró que presentaba una tumoración cerebral, motivo por el cual V fue enviada a valoración por neurología.

10. El 10 de diciembre de 2014, V presentó una ampliación de queja ante este Organismo Nacional, en la que precisó que derivado de los estudios que le fueron practicados, se determinó que no padecía “*miastenia gravis*”, sino que se le detectó un tumor del lado izquierdo de la cabeza, sin embargo, no había recibido atención médica por un especialista.

11. El 15 de enero de 2015, AR15 con el diagnóstico precisado envió a la paciente de manera urgente al Centro Médico Nacional de Occidente, en Guadalajara, Jalisco, para valoración por el servicio de radiocirugía.

12. El 10 de octubre de 2016, V fue valorada por el servicio de radioneurocirugía del referido Centro Médico, donde se le recomendó continuar con seguimiento a través de neurología.

13. Derivado de la queja presentada por V ante este Organismo Nacional, se radicó el expediente CNDH/1/2014/3524/Q. A fin de documentar las violaciones a derechos humanos se obtuvieron los informes, así como el expediente clínico que remitió el Titular de Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

14. Acta Circunstanciada de 2 de junio de 2014, en la que este Organismo Nacional hizo constar la entrevista realizada con V, en la cual formuló queja por la inadecuada atención médica que le brindaron los médicos involucrados.

15. Oficio 095217614BB1/1135 de 2 de julio de 2014, mediante el cual el IMSS adjuntó copia de los expedientes clínicos de V, correspondientes a la UMF-61, HGZ-8 y HGR-1, todos en el Estado de Veracruz, de los cuales destacaron las constancias siguientes:

15.1. Oficio 320201215101/0001/2014 de 3 de enero de 2014, en el cual el HGZ-8 informó a este Organismo Nacional que AR10 y AR5 causaron baja como trabajadores del IMSS.

15.2. Tarjeta informativa de 30 de mayo de 2014, en la que el IMSS informó la atención médica otorgada a V en la UMF-61, en los HGZ-8 y HGR-1, entre las cuales destacaron las siguientes:

15.2.1 Nota médica de 22 de abril de 2010, en la que AR1 diagnosticó a V *“diplopía secundaria a miastenia”* y la refirió de manera urgente a valoración por el servicio de oftalmología.

15.2.2. Nota médica de 28 de abril de 2010, en la que AR2 (se desconoce nombre completo, cargo, rango, especialidad, unidad o servicio) indicó que V fue enviada por oftalmología por presentar dolor y disminución en la agudeza visual, sin que exista constancia de su actuación.

15.2.3. Nota médica de las 10:55 horas de 28 de abril de 2010, en la que AR3 refirió a V a consulta de medicina interna y sugirió realizar un *“TAC cráneo”*.

15.2.4. Nota médica de 29 de abril de 2010, en la que AR1 diagnosticó a V *“miastenia gravis y otros trastornos neuromusculares”*.

15.2.5. Nota médica de 7 de mayo de 2010, en la que AR4 diagnosticó a V *“probable miastenia gravis”*.

15.2.6. Nota médica de 21 de junio de 2010, en la que AR5 asentó que neurológicamente V presentaba *“múltiples parálisis*

*oculomotoras*², visión doble y caída del párpado superior izquierdo, por lo que prescribió “*deflazacort*” (con propiedades desinflamatorias).

15.2.7. Nota médica de 23 de julio de 2010, en la que el AR5 valoró a V y consideró que presentaba un cuadro clínico de “*miastenia ocular no sistémica*”, además continuaba con debilidad oculomotora y fatigabilidad musculoesquelética general, por lo que ordenó continuar con el fármaco “*deflazacort*”.

15.2.8. Solicitud de interconsulta de 23 de julio de 2010, en la que AR5 envió a V al IMSS Minatitlán, para que le realizaran una electromiografía con prueba de estimulación repetitiva para evaluar la actividad muscular.

15.2.9. Estudio “*TAC cráneo simple y contrastada*” practicado a V el 9 de agosto de 2010, el cual resultó sin lesiones, sin patología y no se identificaron reforzamientos anormales.

15.2.10. Reporte electromiográfico de 25 de agosto de 2010, efectuado en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación No. 32 del IMSS, en Minatitlán, Veracruz, a nombre de otra persona que no correspondía a V, cuyo resultado era anormal sugestivo de una enfermedad de placa neuromuscular.

²Disminución de fuerza de un músculo, que produce una reducción del movimiento de rotación del globo ocular en la dirección correspondiente al músculo paralizado.

15.2.11. Nota médica de 31 de agosto de 2010, en la que AR6 reportó a V con *“miastenia gravis, sólo afectación oculomotora”*, por lo que descartó una alteración orgánica intracraneal.

15.2.12. Nota médica de 16 de diciembre de 2010, en la que AR5, por protocolo, refirió a V a cirugía cardiotorácica de tercer nivel.

15.2.13. Nota de alta hospitalaria de 8 de febrero de 2011, en la que AR7 hizo constar que el 2 de febrero del mismo año, se realizó a V una *“tímectomía total”*, encontrando *“timo indurado”* (normal), sin complicaciones posquirúrgicas, por lo que el 8 del mismo mes y año, V causó alta.

15.2.14. Nota médica de 25 de febrero de 2011, en la que AR1 encontró a V asintomática, y le diagnosticó *“miastenia gravis”*.

15.2.15. Nota médica de cirugía cardiotorácica de 17 de marzo de 2011, en la que AR7 reportó a V postoperada de *“tímectomía por miastenia gravis”*, con mejoría y con reporte de histopatología con timo normal.

15.2.16. Nota médica de 27 de julio de 2011, en la cual AR8 diagnosticó a V *“miastenia gravis”*, en tratamiento con *“peridostigmina”* (medicamento para aumentar la fortaleza muscular).

15.2.17. Nota médica de 25 de agosto de 2011, en la que AR9 diagnóstico a V “*miastenia gravis*”.

15.2.18. Nota médica de 12 de noviembre de 2011, en la que AR10 reportó a V con extirpación del timo y en tratamiento.

15.2.19. Nota médica de 25 de enero de 2012, en la que AR11 encontró a V con “*miastenia gravis*”, manejada con “*piridostigmina*”.

15.2.20. Nota médica de 29 de enero de 2012, en la que la AR10 encontró a V con paresia del ojo izquierdo y la refirió al servicio de oftalmología.

15.2.21. Nota médica de 6 de marzo de 2012, en la que AR12 diagnosticó a V con parálisis del nervio oculomotor y “*ametropía*” (defecto de refracción del ojo que impide que las imágenes se enfoquen correctamente sobre la retina).

15.2.22. Nota médica de 17 de octubre de 2012, en la que AR10 y AR13 a la exploración neurológica, encontraron a V con movilidad limitada del ojo, fuerza global discretamente disminuida y caída del párpado izquierdo.

15.2.23. Nota médica de neurología de 17 de abril de 2013, en la que AR13 reportó a V con movilidad limitada del ojo para ver hacia arriba y abajo y fuerza global discretamente disminuida.

15.2.24. Notas médicas de 15 de mayo, 25 de julio y 27 de agosto de 2013, en la que AR14 diagnosticó a V “*miastenia gravis*” y recetó “*piridostigmina*”.

15.2.25. Solicitud de interconsulta para el 13 de noviembre de 2013, en la que AR15 y AR16 refirieron a V al servicio de neurología para valorar el uso de la inmunoglobulina intravenosa que la paciente solicitaba.

15.2.26. “Notas médicas y prescripción, nota de atención médica” de 5 de diciembre de 2013, en la que AR17 asentó que la paciente fue enviada del HGZ-8 con “*miastenia gravis*”; a la exploración física la reportó con caída del párpado izquierdo y limitación en los movimientos oculares.

15.3. Oficio 311901200200/DAOD/203 de 30 de junio de 2014, en el cual la UMAE-14 informó que en esa clínica no existía ningún antecedente de atención médica brindada a V.

16. Oficio de 11 de febrero de 2014, mediante el cual el IMSS comunicó a V que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente determinó su queja improcedente, al argumentar que no existió deficiencia en el otorgamiento de la atención médica brindada, toda vez que se le diagnosticó “*miastenia gravis*” y se le suministró un tratamiento adecuado.

17. Notas médicas y prescripción de 10 de abril de 2014, en la que AR18 diagnosticó a V *“miastenia gravis Osserman II B”* (moderadamente severa, con compromiso esquelético y bulbar severo).

18. Nota médica de neurología clínica de 30 de septiembre de 2014, en la que SP1 asentó que *“desde el punto de vista neurológico la paciente [V] no tiene datos clínicos ni evolución típica de una enfermedad de placa neuromuscular como la miastenia gravis”*, por lo que solicitó estudios para confirmar la ausencia de dicha enfermedad.

19. Acuerdo de 3 de octubre de 2014, en el cual un Juzgado de Distrito en Materia Administrativa en esta Ciudad de México, en relación al Juicio de Amparo promovido por V, ordenó al IMSS efectuar los estudios necesarios y contar con una segunda opinión para determinar si V padecía *“miastenia gravis”*.

20. Acta Circunstanciada de 9 de octubre de 2014, en la que personal del IMSS hizo constar que AR15 y AR16 autorizaron la subrogación de servicios médicos para el *“estudio de determinación de anticuerpos antiacetilcolina”* con el propósito de confirmar o descartar la *“miastenia gravis”*.

21. Oficio 09521761BB1/1739 de 9 de octubre de 2014, mediante el cual el IMSS adjuntó el diverso de Interconsulta y/o solicitud de traslado de V, de 6 del mismo mes y año, en el que determinó que la agraviada no tenía una evolución típica de una enfermedad neuromuscular.

22. Estudio electromiográfico de octubre de 2014, siendo ilegible el día en el que se aplicó a V una prueba de estimulación repetitiva supramáxima, para la musculatura somática examinada y la musculatura bulbar (facial), cuyos resultados fueron normales.

23. Resonancia magnética de encéfalo de 29 de octubre de 2014, practicada a V en la UMAE-14, en la que se documentó que presentaba un tumor cerebral (*meningioma paraselar izquierdo*).

24. Oficio 09521761BB1/1844 de 24 de octubre de 2014, mediante el cual el IMSS adjuntó copia de la nota médica de 20 del mismo mes y año, en la que SP2 realizó a V una exploración física y determinó que cursaba con parálisis de la pupila izquierda, quedando la duda que cursara con “*miastenia gravis*”, por lo que ordenó ampliar el espectro de la búsqueda clínica, iniciando el retiro del inmunosupresor y nueva valoración sin “*piridostigmina*”, así como suspender “*aziatropina y prednisona*”.

25. Oficio 095217614BB1/2021 de 24 de noviembre de 2014, mediante el cual el IMSS adjuntó las siguientes constancias:

25.1. Nota médica de neurología de 3 de noviembre 2014, en la cual SP2 asentó que en la resonancia magnética practicada a V, se advirtió una lesión “*extra axial paraselar izquierda*” compatible con “*neoplasia probable meningioma*”, estableciendo que la paciente no tenía “*miastenia gravis*”, motivo por el cual suspendió los “*inmunosupresores y la piridostigmina*”, sin embargo, V no aceptó internarse.

25.2. Nota de primera vez por consulta externa del servicio de neurocirugía, de 5 de noviembre de 2014, en la que SP3 confirmó a V el diagnóstico *“tumor de ala esfenoidal izquierda probable meningioma”* y solicitó estudios preoperatorios, dejando pendiente la fecha para una cirugía.

26. Oficio de 4 de noviembre de 2014, mediante el cual SP2 informó al Juzgado de Distrito que se efectuaron estudios a V, por lo que estableció que *“en este momento no tiene miastenia gravis”* y la resonancia magnética mostró que la agraviada presentó una tumoración cerebral.

27. Escrito presentado por V ante este Organismo Nacional el 10 de diciembre de 2014, en el que precisó que el 3 de noviembre del mismo año, el IMSS le informó que no padecía *“miastenia gravis”* y le fue diagnosticado un tumor cerebral, del cual no había recibido tratamiento.

28. Oficio 095217614BB1/0115 del 28 de enero de 2015, mediante el cual el IMSS adjuntó los documentos siguientes:

28.1. Nota de interconsulta y/o solicitud de traslado de 22 de octubre de 2014, en la que AR15 refirió a V para valoración a tercer nivel por el servicio de neurología porque *“no tiene evolución típica de una enfermedad de placa neuromuscular”* y adjuntó las pruebas de fatigabilidad que resultaron normales, anticuerpos antirreceptores de acetilcolina y prueba de estimulación repetitiva del nervio facial.

28.2. Nota de neurología de 4 de diciembre de 2014, en la que SP1 señaló que de acuerdo a los estudios realizados a V, se descartó “*miastenia gravis*” y confirmó una parálisis completa del tercer nervio craneal izquierdo secundaria a compresión por probable “*meningioma paraselar*” y ordenó suspender “*prednisona*”. **(Foja 339)**

28.3. Interconsulta y/o solicitud de traslado de 15 de enero de 2015, en la cual AR15 descartó “*miastenia gravis*” y diagnosticó a V “*parálisis completa del tercer nervio craneal izquierdo secundaria a compresión de probable meningioma paraselar izquierdo*”, motivo por el cual envió a la paciente a una valoración a un hospital de tercer nivel para una probable radiocirugía.

28.4. Resumen clínico de endocrinología de 6 de marzo de 2015, en el cual SP4 asentó que con motivo de que a V se le suministraron dosis excesivas de “*prednisona*”, le ocasionó el síndrome de “*Cushing*” (trastorno hormonal, causado por la exposición prolongada a un exceso de cortisol).

29. Opinión Médica de 13 de septiembre de 2016, emitida por médicos de esta Comisión Nacional sobre la atención médica que se proporcionó a V en la UMF-61, en el HGZ-8, en el HGR-1 y la UMAE-14, todos en el Estado de Veracruz, la cual fue inadecuada.

30. Oficio 095217614BB1/2373 de 17 de octubre de 2016, en el que el IMSS informó que V fue valorada en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, en Guadalajara, Jalisco, por el servicio de radioneurocirugía, donde se le recomendó continuar con seguimiento por neurología.

31. Oficio 0952176141BB1/2819 de 9 de diciembre de 2016, en el cual el IMSS comunicó que V mediante escrito de 25 de octubre de ese año, interpuso una demanda por la vía ordinaria civil en contra de ese Instituto.

32. Oficio 095217614BB1/867 de 18 de abril de 2017, en el cual el IMSS informó que el 5 de diciembre de 2016, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de ese Instituto determinó procedente el expediente QC/VERS/0123-10-2016/NC504-10-2016, por lo que determinó el pago de una indemnización a V.

33. Oficio 095217614BB1/1231 de 19 de mayo del 2017, mediante el cual el IMSS adjuntó el diverso 00641/30.102/418/217007 del 12 del mismo mes y año, en el cual el Área de Auditoría de Quejas y de Responsabilidades en la Delegación Regional Veracruz Sur del Órgano Interno de Control en el IMSS, resolvió que en la investigación que se realizó, no se desprendieron elementos suficientes que permitieran corroborar irregularidades administrativas.

34. Oficio 32.9001.2F0100/418/2017 de 7 de septiembre de 2017, en el cual el IMSS ordenó las medidas preventivas y correctivas para evitar en lo futuro situaciones similares relacionadas con el asunto de V.

35. Oficio 095217614BB1/2613 de 3 de octubre 2017, en el cual el IMSS adjuntó memorándum 70/2007 de 3 de abril del mismo año, mediante el cual AR15, de Medicina Interna del HGZ-8, ordenó que los médicos se apeguen a las guías institucionales, en especial al diagnóstico de “*miastenia gravis*”.

36. Oficio 095217614B00/000564 de 18 de octubre 2017, el H. Consejo Técnico de esa Institución indicó un monto determinado como reparación del daño; ordenó se implementaran las acciones de capacitación y difusión en materia de derechos humanos; además de exhortar al personal médico involucrado a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los consejos de Especialidades Médicas correspondientes.

37. Oficio 95217614B20/2383 de 18 de diciembre de 2017, en el cual el IMSS aclaró el monto fijado como concepto de indemnización y señaló que continuará brindado a V la atención médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria y de rehabilitación.

38. Oficio 095217614C00/0027 de 9 de marzo de 2018, mediante el cual el IMSS informó que el 15 y 17 de enero del mismo año, a V se le realizaron estudios de laboratorio y una resonancia magnética. El 26 de febrero del mismo año, V fue valorada en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, donde se determinó que presentaba “*secuelas de meningioma [tumor] de seno cavernoso [base de cráneo]*”. El 5 del mismo mes y año se agendaron citas para valoración en las especialidades de neurología y psiquiatría.

39. Oficio 095217614C21/1674 de 31 de julio de 2018, mediante el cual el IMSS comunicó a este Organismo Nacional que personal de esa Institución se entrevistó con V para tratar lo relativo a la reparación del daño material, quien manifestó no estaba de acuerdo con el monto autorizado.

40. Oficio circular 32020121581 de 20 de agosto de 2018, en el cual el IMSS solicitó al personal del HGZ-8 la entrega de la copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los consejos de Especialidades Médicas correspondientes.

41. Acta Circunstanciada de 19 de octubre de 2018, en la cual este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con personal del IMSS, quien indicó que no se inició procedimiento administrativo de responsabilidad alguno en el Órgano interno de Control en el IMSS.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

42. El 11 de febrero de 2014, el IMSS comunicó a V que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente determinó su queja improcedente, al argumentar que no existió deficiencia en el otorgamiento de la atención médica brindada, toda vez que se le diagnosticó "*miastenia gravis*" y se le proporcionó el tratamiento adecuado.

43. El 2 de junio de 2014, V formuló queja ante este Organismo Nacional por la inadecuada atención médica que le brindaron los médicos involucrados.

44. El 3 de octubre de 2014, un Juzgado de Distrito en materia Administrativa en esta Ciudad de México, en relación con el Amparo Indirecto promovido por V, ordenó al IMSS efectuar los estudios necesarios y contar con una segunda opinión para determinar si V padecía “*miastenia gravis*”.

45. El 4 de noviembre de 2014, el neurólogo SP2 informó al Juzgado de Distrito que se efectuaron estudios a V, por lo que estableció que “*en este momento no tiene miastenia gravis*” y una resonancia magnética mostró que la agraviada presentó una tumoración cerebral.

46. El 10 de diciembre de 2014, V presentó una ampliación de queja ante este Organismo Nacional, en la que precisó que no había recibido atención médica por un especialista.

47. El 9 de diciembre de 2016, el IMSS comunicó que V, mediante escrito de 25 de octubre de ese año, interpuso una demanda por la vía ordinaria civil en contra de ese Instituto. El 2 de marzo de 2017, un Juzgado de Primera Instancia del Distrito Judicial de Córdoba, Veracruz se declaró incompetente por razón de materia y se dejaron a salvo los derechos de la quejosa para que los haga valer en la vía procedente y ante la autoridad competente.

48. El 19 de abril de 2017, este Organismo Nacional recibió el oficio 095217614BB1/867, mediante el cual se informó que se notificó a V, que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS, determinó procedente su queja con pago de indemnización.

49. Este Organismo Nacional hasta la fecha no tiene conocimiento de que se haya iniciado un procedimiento administrativo o carpeta de investigación con motivo de los presentes hechos.

IV. OBSERVACIONES.

50. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2014/3524/Q, en los términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico 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 la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), como de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Cridh), se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos, atribuibles a personal médico de la UMF-61, del HGZ- 8, del HGR-1 y de la UMAE-14, todos en el Estado de Veracruz:

50.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud.

50.2. Violación al derecho humano de acceso a la información en materia de salud.

51. Lo anterior, en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

52. El artículo 4º, párrafo cuarto constitucional establece: *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”*.

53. Es atinente la jurisprudencia administrativa denominada *“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 equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”*³

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

³ Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

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.

55. El artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) reconoce que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

56. El párrafo 1° 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”*.

57. Esta Comisión Nacional determinó en su Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud” del 23 de abril de 2009 que: *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”*. Reconoció que la protección a la salud *“(...) es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.”* Se advirtió, además, que *“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”*.

58. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advirtió que los médicos de la UMF-61, del HGZ- 8, del HGR-1 y de la UMAE-14, todos en el Estado de Veracruz, no le brindaron a V atención médica adecuada, al no emitir un diagnóstico certero y oportuno para evitar complicaciones en su salud, lo que se tradujo en la violación al derecho a la protección de la salud, como a continuación se analiza.

B. VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA.

❖ Diagnóstico de “*miastenia gravis*” a V.

59. El 22 de abril de 2010, V acudió a la UMF-61, en Córdoba Veracruz, donde la atendió AR1, quien la encontró desde hacía ocho meses con “*miastenia*” y “*diplopía* [visión doble]”, padecimiento que le fue detectado por una Institución Privada.

60. A la exploración física, AR1 reportó a V con “*ojo de lado izquierdo (...) desviación del eje central*”, por lo que le diagnosticó “*diplopía secundaria a miastenia*” y la canalizó de manera urgente a valoración por el servicio de oftalmología del HGZ-8, en Córdoba, Veracruz.

61. En opinión de los médicos de este Organismo Nacional los pacientes que presentan “*miastenia ocular*”, desarrollan debilidad fluctuante⁵ de los músculos

⁵ La debilidad fluctuante de los músculos esqueléticos significa que la persona se siente peor en la tarde o después de un esfuerzo físico notable y mejora cuando está en reposo.

esqueléticos (voluntarios del cuerpo) y fatiga, dentro de los seis meses posteriores al diagnóstico de la enfermedad como lo establece la *“Guía para el Tratamiento de la Miastenia Gravis”*, síntomas que no presentaba V, lo que pasó desapercibido por AR1.

62. El 28 de abril de 2010, V fue valorada por AR2 (omitió su nombre completo, cargo, rango y especialidad) adscrito al HGZ-8, quien indicó que V acudió a valoración por el servicio de oftalmología, toda vez que presentaba dolor y disminución de la agudeza visual con veinte días de evolución. En la misma fecha, AR3 envió a V a consulta de medicina interna y a su UMF e indicó realizar un “TAC de cráneo”.

63. En opinión de los médicos de este Organismo Nacional, AR2 se limitó a referir a V al servicio de oftalmología, sin embargo, no dejó constancia de esa valoración, mientras que AR3 la canalizó a una atención especializada y a pesar de estar indicada la tomografía de cráneo como parte del protocolo, no se realizó, ya que no existió constancia médica que lo acreditara, lo cual hubiera permitido confirmar que V no padecía *“miastenia gravis”*.

64. Derivado de lo anterior, AR2 y AR3 incumplieron el artículo 8 del Reglamento de Prestaciones Médica del IMSS que puntualiza: *“El personal de salud (...) deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes (...)”*.

65. El 29 de abril de 2010, AR1 diagnosticó a V con *“miastenia gravis y otros trastornos neuromusculares”*, motivo por el cual solicitó una tomografía de cráneo con carácter urgente al HGR-1, remisión a oftalmología como prioridad y a medicina interna del HGZ-8 para recibir un tratamiento especializado, sin embargo, el 29 de julio del mismo año, nuevamente valoró a V, pero omitió verificar si se había practicado la tomografía que requirió.

66. El 7 de mayo de 2010, V acudió a consulta de medicina interna al HGZ-8, en el que AR4 la encontró con parálisis del nervio motor ocular externo (sexto par craneal), por lo que le diagnosticó *“miastenia gravis”* y la canalizó al servicio de neurología.

67. El 21 de junio de 2010, AR5, neurólogo del HGZ-8 reportó a V con *múltiples parálisis oculomotoras* (disminución de fuerza de un músculo, que produce una reducción del movimiento de rotación del globo ocular), visión doble y caída del párpado superior izquierdo.

68. El 23 de julio de 2010, AR5 consideró que V presentaba un cuadro clínico de *“miastenia ocular no sistémica”*, debido a que continuaba con debilidad oculomotora y fatiga musculoesquelética general, por lo que la envió a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación en el HGZ- 32 del IMSS, en Minatitlán, Veracruz, para que le practicasen la prueba de estimulación repetitiva o *“Test de Jolly”* (aplicación de estímulos eléctricos sobre un nervio motor), para valorar la actividad muscular.

69. Existe un reporte de electromiografía con prueba de estimulación repetitiva de 25 de agosto de 2010 del HGZ-32, cuyo resultado fue sugestivo de una enfermedad neuromuscular, sin embargo, resulta grave que dicho reporte correspondía a otra paciente.

70. El 31 de agosto de 2010, AR6 (omitió asentar su nombre completo, cargo y rango) advirtió en la tomografía simple y contrastada de cráneo que le fue practicada a V el 9 de agosto de 2010, que el resultado fue sin lesiones, sin patología, no se identificaron reforzamientos anormales, por lo que se descartó que la cefalea que presentaba la paciente se debiera a un padecimiento orgánico; además, la electromiografía y la prueba de “Jolly”, resultaron con disminución de la respuesta del músculo estimulado.

71. Por tales hallazgos, AR6 confirmó que V padecía “(...) *miastenia gravis* (...) sólo afectación oculomotora”, por lo que descartó una alteración orgánica intracraneal; sin embargo, omitió señalar dónde y cuándo se le realizaron los paraclínicos referidos para arribar a esa conclusión, ya que la tomografía simple y contrastada de cráneo no arrojó lesiones y el reporte de electromiografía con prueba de estimulación repetitiva de 25 de agosto de 2010, no correspondía a V.

72. De acuerdo con la opinión médica de personal de este Organismo Nacional, AR6 debió continuar con el protocolo de estudio y solicitar una resonancia magnética de cráneo, por su alta sensibilidad en la detección de tumores y descartar la enfermedad de “*miastenia gravis*”.

❖ **Cirugía de extirpación de la glándula del timo (Timectomía) a V, el 2 de febrero de 2011.**

73. El 16 de diciembre de 2010, AR5 advirtió del resultado de la tomografía de V (de la cual no señaló la fecha), que en la glándula del timo no existían remanentes y sin haber confirmado el diagnóstico de “*miastenia gravis*”, canalizó a V para una “*timectomía total*” (cirugía de la extirpación del timo), por tanto, incumplió con la “Guía para el Tratamiento de la Miastenia Gravis”, que establece que tal operación sólo se practica a los pacientes que presentan miastenia gravis generalizada o con síntomas graves, lo que en el caso que nos ocupa no aconteció.

74. El 30 de enero de 2011, V ingresó al servicio de cirugía cardiotorácica en la UMAE-14, con el diagnóstico de “*miastenia gravis*”, donde el 2 de febrero del mismo año, se le realizó la extirpación de la glándula del timo, con hallazgos de un timo normal. El 8 de febrero de 2010, V causó alta con cita abierta a urgencias y continuar bajo control por el servicio de neurología en el HGZ-8.

75. El 17 de marzo de 2011, V fue valorada en la consulta externa del servicio de cirugía cardiotorácica de la UMAE-14, por AR7, quien la encontró con seis semanas de postoperada de “*timectomía*”, con mejoría, persistencia de la visión doble, desviación del ojo izquierdo, y el resultado de histopatología de 18 de febrero del mismo año, encontró un timo normal, por lo que causó alta de esa especialidad.

76. Los médicos de este Organismo Nacional determinaron que AR5 sin haber confirmado la enfermedad de “*miastenia gravis*”, inadecuadamente envió a V a

cirugía cardiorádica para la extirpaci3n del timo, la cual no era indicada, ya que no se haba verificado dicho padecimiento; por lo que los m3dicos que la operaron, la colocaron innecesariamente en un riesgo anest3sico quir3rgico, lo cual se corrobor3 porque el timo operado se report3 normal.

77. En opini3n de los m3dicos de este Organismo Nacional al no contar con el expediente cl3nico de V, en la UMAE-14, no fue posible establecer el manejo m3dico que se le brind3 a V en la cirug3a, las valoraciones preoperatoria, preanest3sica, hojas de consentimiento informado, laboratoriales, cu3l fue el criterio para intervenirla, tipo de anestesia utilizada, el nombre del m3dico que la oper3 y si fue valorada por otros especialistas, por lo que contravinieron los puntos 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.5.7, 8.6, 8.7, 8.7.1, 8.7.2, 8.7.3, 8.7.4, 8.7.5, 8.7.6, 8.7.8, 8.7.10, 8.7.12, 8.7.13, 8.7.14, 8.7.16, 8.7.17 de la NOM-168-SSA1-1998 vigente en la 3poca en que sucedieron los hechos y la Carta de Derechos de los Pacientes del IMSS, que especifica que tienen derecho a recibir *“expediente cl3nico completo”*.

78. Al respecto, este Organismo Nacional en la Recomendaci3n General 29/2017 de 31 de enero de 2017, *“sobre el expediente cl3nico como parte del derecho a la informaci3n en servicios de salud”* ha considerado trascendental que el *“Estado cuente con expedientes cl3nicos integrales, en los que sea posible conocer los antecedentes m3dicos completos de los pacientes”*.

79. Este Organismo Aut3nomo no pas3 desapercibido que V, en su escrito presentado ante una autoridad judicial, se3al3 que fue AR7, quien la intervino

quirúrgicamente, circunstancia que deberá ser investigada por la autoridad competente para deslindar la responsabilidad correspondiente.

❖ **V no presentó mejoría posterior a la intervención quirúrgica.**

80. El 27 de julio, 25 de agosto y 12 de noviembre de 2011, AR8, AR9 y AR10 diagnosticaron a V “*miastenia gravis, postoperada de timectomía*” y AR10 aumentó la dosis de los fármacos recetados y agregó un inmunosupresor inadecuadamente, ya que se prescribe para otras enfermedades distintas a la que supuestamente padecía V.

81. El 25 de enero de 2012, AR11, médico de la UMF-61 valoró a V, a quien encontró con “*miastenia gravis*”, manejada con “*piridostigmina*” e indicó continuar con dicho medicamento.

82. El 29 de enero de 2012, V fue valorada por AR10, quien señaló que la movilidad de los ojos aún no se recuperaba. A la exploración neurológica la encontró con fuerza global normal, caída del párpado del ojo izquierdo, sin movimiento del ojo, por lo que inadecuadamente incrementó la dosis del citado fármaco y la derivó al servicio de oftalmología.

83. El 6 de marzo de 2012, AR12 oftalmólogo del HGZ-8 reportó a V con parálisis del nervio oculomotor y “*ametropía*”, sin embargo, omitió investigar los antecedentes y tratamientos oftalmológicos que provocaron en V el padecimiento ocular que presentaba, tales como, explorar los reflejos consensual⁶, de

⁶Miosis en el ojo contralateral al que recibe estimulación luminosa.

acomodación⁷, reflejo corneal⁸, los campos visuales, alineación de ambos ojos en posición primaria de mirada⁹.

84. El 17 de octubre de 2012 y 17 de abril de 2013, AR13 valoró a V, a quien encontró con movilidad limitada del ojo para ver hacia arriba y abajo, fuerza global discretamente disminuida y caída del párpado izquierdo, señalando *“la paciente se encuentra con debilidad que puede ser secundario a que no se le está otorgando el tratamiento”*, por lo que le recetó otro inmunosupresor.

85. El 15 de mayo, 25 de julio y 27 de agosto de 2013, AR14 encontró a V con *“miastenia gravis”* y prescribió inmunosupresores.

86. El 13 de noviembre de 2013, AR15 y AR16 enviaron a V para valoración por neurología al HGR-1, señalando en su resumen médico que cursaba con *“miastenia gravis”*, bajo tratamiento. Además, a solicitud de V la canalizaron al citado servicio para valoración sobre el uso de inmunoglobulina intravenosa, sin que hubieran confirmado el diagnóstico de *“miastenia gravis”* para proponer inadecuadamente el referido tratamiento.

⁷Reflejo consistente en el conjunto de modificaciones coordinadas del iris, cristalino y de la musculatura extrínseca del ojo para adaptarse a la visión cercana

⁸Parpadeo en respuesta a una estimulación de la córnea.

⁹Posición que adoptan los ojos al fijar binocularmente un punto del infinito situado en la intersección del plano horizontal que pasa por los ojos y el plano sagital.

87. El 5 de diciembre de 2013, V fue valorada por AR17, quien reportó a V con caída del párpado izquierdo, dilatación pupilar izquierda, limitación en los movimientos oculares, visión doble, no Babinsky¹⁰, sólo el reflejo bicipital derecho¹¹, por lo que solicitó efectuar una tomografía cerebral de control, perfil tiroideo, marcadores de la inflamación, y continuar con fármacos.

88. En opinión de los médicos de este Organismo Nacional, AR17 omitió realizar una exploración neurológica, completa y acuciosa, con el fin de detectar signos asociados y búsqueda de otros factores causantes del padecimiento de V.

89. El 10 de abril de 2014, AR18 valoró a V, a quien reportó con caída del párpado izquierdo, visión doble, pruebas de agotamiento positivas, disartria (dificultad para articular palabras) al contar hasta el 50, estableciendo que cursaba con “*miastenia gravis Osserman II B*”, sin embargo, AR18 omitió confirmar el diagnóstico.

90. En opinión de los médicos de este Organismo Nacional AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, R12, AR13, AR14, AR15, A16, AR17 y AR18 omitieron realizar una adecuada historia clínica a V, que incluyera un interrogatorio y exploración física acuciosa, dirigida y oportuna en búsqueda de factores para identificar si cursaba con “*miastenia gravis*” de acuerdo a la “Guía

¹⁰Reflejo cutáneo-plantar que se utiliza para detectar una lesión del sistema nervioso central, consiste en estimular la planta del pie con un objeto desde el talón hasta los dedos del pie, si el paciente no presenta ninguna lesión neurológica, la reacción refleja será una flexión de los dedos del pie, el pulgar se dirige hacia la planta del pie y la bóveda plantar se acentúa.

¹¹Se integra a nivel medular en los segmentos C5-C6, se explora con el brazo del paciente flexionado a nivel del codo con la palma hacia abajo, a continuación, se apoya el pulgar u otro dedo sobre el tendón del bíceps, se percute con el martillo de reflejos de tal forma que el golpe se transmita a través del dedo del explorador hacia el tendón del bíceps, la respuesta esperada es la flexión del codo apreciándose la contracción del músculo bíceps.

para el Tratamiento de la Miastenia Gravis” y la literatura especializada en el tema; tales como:

90.1. Debilidad de los músculos o de los movimientos del ojo.

90.2. Presentar “*diplopía*” (visión doble) y “*ptosis palpebral*” (caída del párpado).

90.3. Debilidad progresiva de los músculos masticatorios.

90.4. Debilidad de la musculatura bulbar (manifestada por dificultad para la deglución).

90.5. Debilidad del paladar (que producen regurgitación nasal de líquidos y alimentos).

90.6. Debilidad de la musculatura de los hombros.

90.7. Otros síntomas de ese padecimiento incluyen dificultad para peinarse, para sostener los brazos por encima de los hombros, debilidad en la cintura pélvica, caídas frecuentes y afección de los músculos de la respiración (manifestada por disnea de esfuerzo).

91. Tal omisión impidió determinar la etiología del padecimiento de V, de ahí que la historia clínica de una paciente resulta fundamental, toda vez que a través de ella se detectan situaciones que el paciente no considera importantes, pero suele

ser un antecedente relevante para un diagnóstico correcto. El interrogatorio permite a los médicos obtener información necesaria para efectuar un reconocimiento físico, así como signos y síntomas que dan nombre al padecimiento, el cual se debe corroborar con los paraclínicos referidos en la Guía Clínica.

92. Al respecto, el Poder Judicial de la Federación, ha sostenido la importancia de la historia clínica del paciente, en los términos siguientes:

*“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”.*¹²

(Énfasis añadido)

93. Derivado de lo anterior, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, R12, AR13, AR14, AR15, A16, AR17 y AR18 incumplieron los puntos 6.1, 6.1.1 y 6.1.2 de la NOM-168-SSA1-1998¹³ vigente en la época en que sucedieron los hechos, señala que la historia clínica deberá constar de *“interrogatorio, exploración física, **diagnósticos**, tratamientos”*, el interrogatorio: *“Deberá tener como mínimo: ficha de identificación (...) antecedentes heredofamiliares (...) personales patológicos (...) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas”*.

94. La exploración física *“Deberá contener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen (...)”*.

95. Asimismo, en la opinión especializada de este Organismo Nacional se puntualizó que ante la sospecha clínica de *“miastenia gravis”*, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, R12, AR13, AR14, AR15, A16, AR17 y AR18 debieron confirmar la misma, mediante los estudios señalados en la

¹² Núm. XXVIII/2013 (10a.), Amparo en revisión 117/2012 de 28 de noviembre de 2012, Registro 2002569.

¹³ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999.

“Guía para el Tratamiento de la Miastenia Gravis” y la literatura especializada en el tema, siendo los siguientes: laboratoriales de control, la presencia de anticuerpos contra los receptores de “*acetilcolina*”, prueba de “*edrofonio*”, prueba de estimulación repetitiva, electromiografía de fibra simple, la realización de una tomografía computada o resonancia magnética de cráneo, y en su caso, los resultados de los estudios realizados en la Institución Privada para comprobar o descartar si cursaba con la enfermedad de “*miastenia gravis*”.

96. Lo anterior hubiera permitido a los médicos tratantes brindar a V un diagnóstico certero con el tratamiento oportuno, sin embargo, hasta el 10 y 13 de octubre de 2014, se realizaron a V los estudios de electromiográfico y anticuerpos anti-receptores de acetilcolina, con los cuales se descartó la enfermedad de “*miastenia gravis*” y le diagnosticaron finalmente un tumor cerebral.

97. Por tanto, AR1, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR17 y AR18 infringieron los puntos 6.1.3, 6.1.5, 6.2 y 6.2.3 de la NOM-168-SSA31-1998 vigente en la época de los hechos, que precisa que el expediente en la consulta externa deberá contener: “*Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros*”, “*diagnósticos o problemas clínicos*” y en la nota de evolución: “*Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento*”. En similares términos se establece en los puntos 6.1.3, 6.1.4, 6.2, 6.2.3 de la NOM-004-SSA3-2012.

98. El Poder Judicial de la Federación ha sostenido la importancia de las Guías de Práctica Clínica que apoyan a los médicos a realizar diagnósticos certeros para

resolver los problemas médicos en el primer nivel de atención, al precisar 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. (...)”*¹⁴

(Énfasis añadido)

99. Por su parte, AR1, AR5, AR6, AR8, AR9, AR10 y AR11 omitieron enviar de inmediato a V a los servicios de medicina interna y neurología, debido a que la

¹⁴ Amparo en revisión 117/2012 de 28 de noviembre de 2012.

“miastenia gravis” es una enfermedad neuromuscular, autoinmune y crónica, o cuando menos haber solicitado laboratoriales para corroborar dicho padecimiento.

100. En opinión de los médicos de este Organismo Nacional, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, R12, AR13, AR14, AR15, A16, AR17 y AR18 omitieron realizar una exploración acuciosa, pasando desapercibido que V, en todas sus revisiones desde el 2010 hasta 2014, sólo presentaba caída del párpado izquierdo, pero no parálisis de los músculos extraoculares, que el timo extirpado el 2 de febrero de 2011, se reportó normal y que no refería una debilidad muscular progresiva generalizada, como era de esperarse por el transcurso de los años, criterios más que suficientes para haber considerado un diagnóstico diferente al que realmente padecía.

101. AR5, AR6, AR10 y AR17 omitieron realizar una exploración neurológica, acuciosa, dirigida del nivel de conciencia, orientación, lenguaje, actitud, agudeza visual, comportamiento, exploración de pares craneales, valoración de la masa muscular del tono, de la sensibilidad y la fuerza, si cursaba con movimientos anormales, reflejos cutáneo plantar, diámetro pupilar, con el fin de detectar signos neurológicos asociados y búsqueda de factores precipitantes necesarios para verificar si efectivamente cursaba con *“miastenia gravis”*.

102. Finalmente, AR1, AR5, AR6, AR8, AR10, AR11 y AR14, sin tener la certeza de que V cursaba con *“miastenia gravis”*, prescribieron fármacos para su tratamiento y otros indicados sólo para enfermedades específicas, entre las que no se encuentra la miastenia gravis, que tenían efectos secundarios, tales como: acné, hirsutismo (crecimiento excesivo de vello) y sobrepeso, por ello, SP4 el 6 de

marzo de 2015 determinó que V *“estuvo recibiendo dosis excesivas (...) de prednisona, lo cual ocasionó un síndrome de Cushing. ACTH elevada, pero condicionada por el antecedente de ingesta de esteroides”*, motivo por el cual, al determinarse que la paciente no padecía *“miastenia gravis”*, le fueron disminuyendo los medicamentos paulatinamente.

❖ **Determinación de diagnóstico certero de V.**

103. El 30 de septiembre de 2014, V fue valorada en el servicio de neurología clínica en el HGZ-8, por SP1, quien refirió que las pruebas clínicas de fatiga realizadas a V, resultaron normales, por lo que estableció ***“la paciente no tiene datos de clínicos ni evolución típica de una enfermedad de placa neuromuscular como la miastenia gravis y por tanto los manejos que ha recibido nunca han dado resultado”***, razón por la cual ordenó practicar otros estudios para confirmar su diagnóstico.

104. El 6 de octubre de 2014, AR15 valoró a V, a quien encontró con los antecedentes precisados y determinó que V no tenía la enfermedad de *“miastenia gravis”*, razón por la cual hasta esa fecha envió a V a valoración por neurología a la UMAE -14.

105. El 13 de octubre de 2014, se practicó a V un estudio de anticuerpo anti-receptor de acetilcolina (AChR) (mide la concentración de AChR en la sangre), el cual resultó negativo. En el mismo mes y año, sin especificar día, se le realizó un estudio electromiográfico o prueba de estimulación repetitiva, la cual fue normal

para la musculatura somática y bulbar; paraclínicos que descartaron que V padecía *“miastenia gravis”*.

106. El 20 de octubre de 2014, SP2, neurólogo de la UMAE-14, en Veracruz, reportó a V con caída del párpado izquierdo, mirada primaria desconjugada (incapacidad para mover ambos ojos en una única dirección), lo que indicaba compromiso del III o IV par craneal, ojo izquierdo con limitación en sus movimientos, prueba de fatigabilidad negativa, sensibilidad y marcha normales, estableciendo por tales hallazgos que V cursaba con *“parálisis del tercer par craneal izquierdo”*, generando la duda del padecimiento de *“miastenia gravis”*; por lo que requirió el retiro paulatino del medicamento que le fue prescrito para poder efectuar una nueva valoración, solicitando a su unidad médica los estudios realizados tanto antiguos como recientes, incluyendo una electromiografía, anticuerpos contra receptor de acetilcolina, así como el resultado de patología del timo.

107. El 22 de octubre de 2014, AR15 canalizó a V de manera urgente a una valoración al tercer nivel por el servicio de neurología, asentando en su nota médica *“no tiene evolución típica de una enfermedad de placa neuromuscular”*, además, remitió las pruebas de fatiga, anticuerpos anti-receptores de acetilcolina y prueba de estimulación repetitiva del nervio facial, que resultaron normales.

108. El 29 de octubre de 2014, en la UMAE-14, se realizó a V una resonancia magnética de encéfalo, la cual documentó que presentaba un tumor cerebral (*meningioma paraselar izquierdo*).

109. El 3 de noviembre de 2014, SP2 documentó a través de una resonancia magnética que V presentaba *“parálisis completa del tercer nervio craneal izquierdo”*, secundaria a compresión de probable *“meningioma paraselar izquierdo”*; en consecuencia se descartó el diagnóstico de *“miastenia gravis”*, por lo que ordenó la suspensión de los fármacos prescritos y solicitó una valoración por la especialidad de neurocirugía, sugiriendo el internamiento de V para agilizar protocolo de estudio y brindar tratamiento quirúrgico; sin embargo, la paciente no aceptó.

110. El 5 de noviembre de 2014, V fue valorada por SP3 en la consulta externa por el servicio de neurocirugía de la UMAE-14, quien asentó en la nota médica que V fue referida de neurología con el diagnóstico de tumor cerebral, razón por la que solicitó estudios preoperatorios y la citó en el término de dos meses para fijar una fecha de intervención quirúrgica, estableciendo un pronóstico reservado, además de informar a la paciente y a su familiar.

111. V fue citada para el 10, 14 y 26 de noviembre de 2014, en el HGZ-8, para que fuera valorada por SP1; en la primera no se localizó a la paciente, en la segunda tenía una cita en un juzgado de Distrito, y en la última argumentó no contar con el estudio de resonancia magnética.

112. El 15 de enero de 2015, AR15 canalizó a V de manera urgente al Centro Médico Nacional de Occidente, en Guadalajara, Jalisco, para valoración por radiocirugía con el diagnóstico de parálisis completa del tercer nervio craneal izquierdo secundaria a compresión de probable *“meningioma paraselar izquierdo”*.

113. De las evidencias descritas y analizadas, se acreditó que no se garantizó el derecho a la protección a la salud de V, toda vez que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, R12, AR13, AR14, AR15, A16, AR17 y AR18 no realizaron un adecuado protocolo de estudio para confirmar el diagnóstico de *“miastenia gravis”* que supuestamente padecía V, por tanto, incumplieron el artículo 27, fracción III de la Ley General de Salud, que establece *“Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: (...) La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas (...)”*.

114. Asimismo, los médicos tratantes infringieron el artículo 8, fracción II del Reglamento de la LGS en materia de Prestaciones de Servicios de atención Médica, el cual precisa que las actividades de atención médica son: ***“CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”***.

115. Los médicos de este Organismo Nacional concluyeron que la sintomatología que presentó V, manifestada por la caída del párpado del lado izquierdo, visión doble, pupila arrefléctica, dolor de cabeza, dolor ocular, se debió a la compresión ejercida sobre el tercer par nervioso craneal denominado tumor cerebral, documentada por una resonancia magnética hasta el 29 de octubre de 2014, lo que causó un daño aún no cuantificado, con un pronóstico reservado, en virtud de que este tipo de tumores se infiltra y avanza progresivamente haciendo difícil extraerlo por cirugía cuando su tamaño es considerable y se ha extendido al cráneo; tumoración que no fue detectada por los médicos que valoraron a V en el

IMSS desde el año 2010 y que erróneamente la diagnosticaron con “*miastenia gravis*”, lo que implicó retrasar su tratamiento.

116. Tal circunstancia fue reconocida por AR15 y AR16 en el memorándum de 3 de abril de 2017 y oficio de 4 del mismo mes y año, en el que se descartó dicha enfermedad y se determinó el diagnóstico final de un tumor cerebral.

117. Derivado de lo anterior, los médicos tratantes incumplieron los artículos 9 y 48 del Reglamento de la LGS que disponen: “*La atención médica deberá llevarse (...) de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica*” y “*Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)*”.

118. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17 y AR18 son responsables de los diagnósticos y tratamientos erróneos de V1, en términos del ordinal 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS que puntualiza “*Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de **los diagnósticos y tratamientos de los pacientes** que atiendan en su jornada de labores (...). El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, **de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes**”.*

119. Los referidos médicos infringieron el diverso 43 de ordenamiento legal invocado que indica “*El personal de salud deberá, en todo momento, otorgar un trato digno y respetuoso al paciente, procurando un ejercicio clínico apegado a*

*altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente, proporcionándole al mismo o al familiar o representante legal, la información **clara, oportuna y veraz sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento (...)**”.*

120. De lo expuesto, se evidenció la mala praxis de los médicos que atendieron a V, de acuerdo al pronunciamiento sostenido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, que establece lo siguiente:

*“MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA. Para la exigencia de responsabilidad en contra de un médico por un diagnóstico equivocado, ha de partirse de si dicho profesional ha realizado o no todas las comprobaciones necesarias, atendiendo al estado de la ciencia médica, para emitir el diagnóstico. La actividad diagnóstica comporta riesgos de error que pueden mantenerse en ciertos casos dentro de los límites de lo tolerable, **sin embargo, existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina.** De lo anterior se colige que el hecho de realizar un diagnóstico sin la diligencia debida 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 **Título medicina**”.*¹⁵

¹⁵ Tesis Aislada, 1ª. XXVII/2013, Registro 2002570.

121. Los médicos tratantes incumplieron el “Código de conducta para el personal de Salud 2002”¹⁶, que en el rubro de “Estándares de trato profesional” establece en los puntos 2 y 3 lo siguientes: “Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta”, “Se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”.

122. De las irregularidades descritas y analizadas se acreditó la inadecuada atención médica por parte del personal médico de la UMF-61, del HGZ-8, del HGR-1 y de la UMAE -14, todos en el Estado de Veracruz, con lo que impidieron garantizar con efectividad a V el derecho a la protección a la salud, que trajo como consecuencia que no determinaron un diagnóstico certero, lo cual habría evitado una cirugía innecesaria y proporcionar un tratamiento adecuado.

123. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. En el presente caso, los médicos involucrados, debieron considerar el estado

¹⁶ 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

integral de V, a quien no le realizaron un protocolo de estudios completo, lo que ocasionó un diagnóstico erróneo y el suministro de un tratamiento inadecuado.

124. A fin de garantizar una adecuada atención médica se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas¹⁷. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

125. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a fin de garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad.

126. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17 y AR18 vulneraron los derechos a la protección de la salud de V1 previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto constitucionales; 1, 2, fracciones I, II

¹⁷ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*.

y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud y el contenido de las normas oficiales mexicanas NOM-168-SSA1-1998 y NOM-004-SSA3-2012.

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

127. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU ha sostenido que en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”*¹⁸.

128. Las Normas Oficiales Mexicanas NOM-168-SSA31-1998 y NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico” establecen 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 (...)”*.

¹⁸ Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párr. 12, inciso b, fracción IV.

129. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se le brinda¹⁹.

130. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²⁰

131. Motivo por el cual se analizarán las irregularidades de las constancias médicas que conforman el expediente clínico de V, que fueron advertidas por este Organismo Nacional con motivo de la queja interpuesta por V.

¹⁹ CNDH. *Recomendación General 29/2017. SOBRE EL EXPEDIENTE CLÍNICO COMO PARTE DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD.*

²⁰ *Ibidem* párr. 34.

C1. Inadecuada Integración del Expediente Clínico.

132. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió que en la nota médica de 28 de abril de 2010, AR2 y AR6 omitieron asentar su nombre completo, cargo, rango, matrícula y/o cédula profesional; por lo que dichos profesionistas infringieron los lineamientos del punto 5.9 de la NOM-168-SSA1-1998 vigente en la época en que sucedieron los hechos que establecía *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa”*, en cuanto a la ausencia del día de la fecha del estudio electromiográfico de octubre de 2014, son ilegibles, por lo que se incumplió el punto 5.11 de la NOM-004-SSA3-2012 que puntualiza *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)”*.

133. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, A16, AR17 y AR18 omitieron realizar a V una adecuada historia clínica que incluyera un interrogatorio y exploración física, con lo que contravinieron los puntos los puntos 6.1, 6.1.1 y 6.1.2 de la NOM-168-SSA1-1998 vigente en la época en que sucedieron los hechos y 6.1, 6.1.1 y 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012; igualmente AR1 y AR7 omitieron tomar signos vitales de V, como se advirtió en las notas médicas de 22 de abril de 2010 y 2 de febrero de 2011, respectivamente, por tanto, transgredieron los puntos 6.2 y 6.2.2 de la NOM-168-SSA1-1998 vigente en la época en que sucedieron los hechos y la NOM-004-SSA3-2012.

134. En opinión de los médicos de este Organismo Nacional se destacó la ausencia del expediente clínico de la UMAE-14, con motivo de la intervención quirúrgica realizada a V el 2 de febrero de 2011, motivo por el cual no se estableció el manejo médico que se le brindó a V, respecto a las valoraciones preoperatoria, preanestésica, hojas de consentimiento informado, laboratoriales, cuál fue el criterio para intervenirla, tipo de anestesia utilizada, el nombre del médico que la operó y si fue valorada por otros especialistas, por lo que contravinieron los puntos 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.5.7, 8.6, 8.7, 8.7.1, 8.7.2, 8.7.3, 8.7.4, 8.7.5, 8.7.6, 8.7.8, 8.7.10, 8.7.12, 8.7.13, 8.7.13, 8.7.14, 8.7.16, 8.7.17 de la NOM-168-SSA1-1998 vigente en la época en que sucedieron los hechos y la Carta de Derechos de los Pacientes del IMSS, que especifica que tienen derecho a recibir “(...) *Atención médica adecuada y oportuna (...), Información precisa, oportuna y veraz sobre tu diagnóstico, pronóstico y tratamiento (...), una segunda opinión sobre el diagnóstico, (...) expediente clínico completo (...)* recibir del personal del IMSS, en todo momento, un trato digno y eficiente (...)”, lo que en el caso particular, no aconteció.

135. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

136. La inobservancia de la NOM-168-SSA31-1998 y 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 señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

137. No obstante, tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana *“Del expediente clínico”*, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

138. En la sentencia del *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*²¹, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se sostuvo que: *“(…) es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de*

²¹ CrIDH. Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 68.

normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.”

D. RESPONSABILIDAD.

139. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17 y AR18 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las acciones u omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación al derecho a la protección a la salud por inadecuada atención médica en agravio de V y violación al derecho de acceso a la información, respecto a la atención médica de ésta.

140. Este Organismo Nacional considera que las acciones u omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17 y AR18 evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por la autoridad correspondiente de conformidad 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, y artículo 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, por lo que si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de

la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

141. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6°, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17 y AR18, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda; asimismo, se formulará denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR1, AR5 y AR7, para que se inicie la carpeta de investigación correspondiente por los hechos que derivaron en las violaciones a los derechos humanos, acreditados en el presente caso, con el objeto de que se determine su responsabilidad penal y, en su oportunidad, se les sancione, para que dichas violaciones no queden impunes. Lo anterior toda vez que AR1 diagnosticó a V una enfermedad que no padecía, en tanto que AR5 refirió a la agraviada a una cirugía innecesaria que la colocó en riesgo, por su parte, AR7 realizó la extirpación del timo, sin haber confirmado el diagnóstico de la enfermedad de “miastenia gravis”, como lo establece el punto 8.5 de la NOM-168-SSA31-1998 vigente en el momento de los hechos que puntualiza la nota pre-operatoria *“Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente (...) y deberá contener como mínimo: diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica (...)”*.

E. REPARACIÓN DEL DAÑO.

142. 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, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 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 la 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.

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

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por inadecuada atención médica de V, se le deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

144. 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”*, y en diversos criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

145. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos enunció 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*²².

146. Sobre el “*deber de prevención*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos, 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 (…)*”²³.

147. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión a los derechos humanos de V, que se tradujo en su inadecuada atención médica, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Rehabilitación.

148. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V la atención psicológica en caso de que lo requiera, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse atendiendo a su edad y

²²CrIDH. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su total sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V.

149. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima directa, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos.

150. Debido a que V fue canalizada al Centro Médico Nacional de Occidente con motivo del tumor cerebral que le fue diagnosticado, el IMSS deberá continuar brindando la atención médica, hospitalaria, psicológica, farmacéutica y auxiliares que requiera, toda vez que el Estado está obligado a velar de manera plena por sus derechos para garantizar su integridad física, psicológica y mental.

ii. Satisfacción.

151. En el presente caso, la satisfacción comprende que la autoridad recomendada deberá iniciar las investigaciones respectivas con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V.

152. Esta Comisión Nacional presentará queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17 y AR18 a fin de que se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda por la

²³CrIDH. “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafo 175.

responsabilidad administrativa en la que hayan incurrido; asimismo, se formulará denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR1, AR5 y AR7.

153. Se deberán incorporar copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de los servidores públicos involucrados, con independencia de que AR5 y AR10 causaron baja del HGZ-8.

iii. Medidas de no repetición.

154. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, además es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el término de tres meses, un curso sobre la debida observancia y el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, con especial énfasis en los estándares desarrollados por esta Comisión en la Recomendación General 29 “*sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*”, emitida el 31 de enero de 2017, a todo el personal médico y de enfermería del UMF-61, HGZ- 8, HGR-1 y la UMAE-14, todos en el Estado de Veracruz, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado.

155. Este Organismo Nacional no pasa desapercibido que el 3 de abril de 2017, el HGZ-8 recibió un memorándum, mediante el cual se exhortó al personal médico el estricto apego a las guías institucionales, particularmente a la referente al diagnóstico de *“miastenia gravis”*, la cual les fue entregada en físico, además del total de las guías de práctica clínica de neurología que están a su disposición en sus equipos de cómputo, por tanto, el IMSS deberá remitir a este Organismo Nacional Autónomo los acuses de recibido de la referida guía para acreditar su cumplimiento.

156. El 7 de septiembre de 2017, la jefatura de prestaciones médicas de la Delegación Veracruz Sur mediante oficio QC/VERS/0123-10-2016/NC504/-10-2016 remitió las pruebas de cumplimiento del acuerdo sexto emitido por el Consejo Técnico del caso de V, tales como *“agotar recursos institucionales de laboratorio y gabinete, redirección de diagnóstico con estudios específicos y tratamiento institucional con radiocirugía en CMN de Occidente”*.

157. De igual manera, mediante Oficio 095217614B20/2383 del 18 de octubre 2017, el IMSS ordenó se implementaran las acciones de capacitación y difusión en materia de derechos humanos y dio vista al Órgano Interno de Control, asimismo se exhortó al personal médico involucrado a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los consejos de Especialidades Médicas correspondientes, por lo que, se deberán remitir las constancias que acrediten su cumplimiento.

iv. Compensación.

158. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que las autoridades del IMSS otorguen una compensación a V que conforme a derecho corresponda, derivado de la afectación a su salud con motivo del diagnóstico erróneo de “*miastenia gravis*”, que colocó en riesgo a la agraviada al realizarle una cirugía innecesaria, cuando en realidad su padecimiento obedece a un tumor cerebral, que no recibió tratamiento desde 2010.

159. Este Organismo Nacional no pasa desapercibido que el 18 de diciembre de 2017, el IMSS determinó una cantidad fijada como concepto de indemnización, sin que V estuviera de acuerdo con el monto de la misma, por lo cual la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas. Para tal efecto, se remitirá copia de la presente Recomendación a dicha institución para que en el ejercicio de sus atribuciones proceda conforme a Derecho.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas necesarias para reparar los daños ocasionados a V, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal médico de la

UMF-61, HGZ- 8, HGR-1 y la UMAE-14 del IMSS, involucrado en los hechos, derivada de la violación a los derechos humanos precisados en la presente Recomendación, conforme a la Ley General de Víctimas, en las que se incluya una compensación justa, atención médica y psicológica con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Inscribir a V en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Diseñar e impartir en el término de tres meses un curso integral de capacitación a todos los servidores públicos adscritos a la UMF-61, HGZ-8, el HGR-1 y la UMAE-14, sobre el manejo y observancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se giren las instrucciones respectivas para que en el término de un mes se emita una circular en la que se instruya que los servidores públicos de la UMF-61, HGZ-8, el HGR-1 y la UMAE-14, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se giren las instrucciones respectivas para que a la brevedad se remitan las constancias de cumplimiento en relación a la circular dirigida al personal médico de la UMF-61, HGZ-8, el HGR-1 y la UMAE-14, para la entrega de la copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades.

SEXTA. Se remitan las constancias del cumplimiento de las acciones que se han llevado a cabo como medidas de no repetición en la reparación del daño de V1.

SÉPTIMA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra del personal médico personal involucrado en la atención de V, así como del personal que incurrió en las omisiones señaladas en la integración del expediente clínico precisadas en la presente Recomendación, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

OCTAVA. Se colabore en la presentación de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formulará ante el Agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR1, AR5 y AR7 personal médico involucrado en la atención de V, y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Girar instrucciones a quien corresponda a efecto de que se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de los servidores públicos involucrados, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

DÉCIMA. Designar al servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

160. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

161. 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

162. 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.

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

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ