



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 22 /2018

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN AGRAVIO DE V1 EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 DE MEDICINA FAMILIAR 1 DEL IMSS EN LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR.

Ciudad de México, a 11 de julio del 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 y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2014/4485/Q**, relacionado con la queja presentada por V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento

Interno, y 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, 3º, fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información; dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. 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:

- **HGZ-1.** Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, del IMSS en La Paz, Baja California Sur.

- **UMAЕ en Obregón, Sonora.** Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAЕ) del Hospital de Especialidades No. 2 “*Luis Donaldо Colosio Murrieta*” del IMSS, en Ciudad Obregón, Sonora.

- **Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS.** Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS de la Paz, Baja California Sur.

- **Reglamento de la Ley General de Salud.** Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

- **NOM-004-SSA3-2012.** Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “*Del Expediente Clínico*”.
- **NOM-017-SSA2-2012.** Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA-2012, “*Para la Vigilancia epidemiológica*”.
- **NOM-006-SSA2-2013.** Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, “*Para la prevención y control de la tuberculosis*”.
- **NOM-027-SSA3-2013.** Norma Oficial Mexicana, “*Que regula los servicios de salud y establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica*”.

I. HECHOS.

4. A las 14:12 horas del 9 de octubre de 2013, V1 (**sexo** de **edad**) ingresó al HGZ-1 con , por lo que SP1 la reportó con “ y ”.

5. El 11 de octubre de 2013, AR8 indicó que V1 presentaba “)”, por lo que el 17 de ese mes y año le practicó una), extracción de ” a su dicho “s” y le y los s, aun

sin contar con resultado de histopatología de las muestras extirpadas; al siguiente día ordenó una [REDACTED] y [REDACTED]² para buscar el [REDACTED]”.

6. Los resultados de histopatología y los estudios referidos fueron negativos de cáncer, por lo que el 25 de octubre de 2013, AR8 diagnosticó a V1 con “(...) [REDACTED] y [REDACTED] en el 70%, (...) [REDACTED] (...)”.

7. El 27 de octubre de 2013, V1 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del HGZ-1 donde fue conectada a un ventilador, y el 29 de ese mes y año, AR18 refirió que presentaba probable [REDACTED]” ([REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] a otras partes del cuerpo).

8. El 31 de octubre de 2013, V1 egresó de la UCI del HGZ-1, sin embargo, el mismo día reingresó por dificultad respiratoria.

9. El 26 de noviembre de 2013, AR18 diagnosticó a V1 con presencia de enfermedad [REDACTED] sugirió su traslado a la UMAE en Obregón, Sonora, para valoración por cirugía de tórax.

¹ Los médicos de este Organismo Nacional [REDACTED]

² Los médicos de este Organismo Nacional [REDACTED]

³ Los médicos de este Organismo Nacional lo refieren como el tipo [REDACTED]

10. El 11 de diciembre de 2013, V1 ingresó a la UMAE en Obregón, Sonora, con diagnóstico de [REDACTED] (espacio que contiene aire dentro del pulmón) e *Insuficiencia Renal Aguda*".

11. El 27 de enero de 2014, medicina interna de la UMAE en Obregón, Sonora, diagnosticó a V1 con [REDACTED] [REDACTED]", y ordenó su reingreso al HGZ-1 por mejoría.

12. El 4 de febrero de 2014, V1 ingresó al servicio de Medicina Interna del HGZ-1 donde permaneció hasta las 06:20 horas **FECHA DEFUNCIÓN**, fecha en la que lamentablemente falleció.

13. El 8 de mayo de 2014, V2 presentó queja en este Organismo Nacional donde se radicó el expediente CNDH/1/2014/4485/Q. A fin de analizar las probables violaciones a derechos humanos, se obtuvieron el resumen y expedientes clínicos del HGZ-1 y de la UMAE en Obregón, Sonora, remitidos por la División de Atención a Quejas del IMSS, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

14. Escrito de queja de 8 de mayo de 2014, presentado por V2 ante este Organismo Nacional, en el que relató las irregularidades en la atención médica proporcionada a V1 en el HGZ-1.

sobre la atención médica brindada a V1 en la UMAE en Obregón, Sonora, así como del expediente clínico del que se destaca lo siguiente:

18.1. “NOTA DE INGRESO A LA UCIM (Unidad de Cuidados Intensivos)” de 12 de diciembre de 2013, en la que se asentó que V1 presentaba un [REDACTED]” causante del deterioro cardiorrespiratorio.

18.2. Nota del servicio de Cirugía Cardiorrástica de 17 de diciembre de 2013, en la que se determinó que V1 no era candidata a tratamiento quirúrgico, debido a su [REDACTED]”.

18.3. “NOTA DE EGRESO UCIM” de 6 de enero de 2014, en la que el médico tratante informó que V1 egresaba por “*máximo beneficio*”.

18.4. “NOTA DE INGRESO A MEDICINA INTERNA” de 8 de enero de 2014, en la que el médico tratante asentó que V1 ingresó a dicho servicio para continuar en protocolo de estudio, medidas de soporte y vigilancia estrecha.

18.5. “NOTA DE EGRESO DE MEDICINA INTERNA” de 27 de enero de 2014, en la que se decidió el egreso de V1 al HGZ-1 por máximo beneficio, con diagnóstico de “[REDACTED]”, a fin de que continuara con su manejo.

18.6 “HOJA DE ALTA HOSPITALARIA” de 4 de febrero de 2014, en la que un médico con nombre ilegible asentó que V1 egresó por mejoría a diverso

hospital HGZ-1, para continuar con su tratamiento con diagnóstico de [REDACTED]
[REDACTED] primer diagnóstico secundario: [REDACTED]
[REDACTED].

19. Oficio 095217614BB1/1589 de 11 de septiembre de 2014, mediante el cual el IMSS derivado de la atención médica brindada a V1 en el HGZ-1, remitió a este Organismo Nacional la siguiente documentación:

19.1. “NOTA MÉDICA” de 25 de septiembre de 2013, en la que SP1 indicó que V1 presentaba “[REDACTED]
[REDACTED]”.

19.2. “NOTA MÉDICA” de 7 de octubre de 2013, en la que SP1 diagnosticó a V1 con “[REDACTED]”.

19.3. Informe de 7 de octubre de 2013, en el que un especialista en gastroenterología particular sugirió que a V1 le fuera realizada una “[REDACTED]” para complementación diagnóstica a través del Instituto de Salud Pública de su adscripción.

19.4. “NOTA MÉDICA” de 9 de octubre de 2013, mediante la cual SP1 refirió a V1 a urgencias para complementación diagnóstica y tratamiento especializado ante los nuevos hallazgos que comprometían su estado de salud.

19.5. Nota médica de 9 de octubre de 2013, en la que AR1 diagnosticó a V1 con “[REDACTED]”.

19.11. “NOTA DE ATENCIÓN MÉDICA” de Oncoginecología de 11 de octubre de 2013, en la que AR8 refirió que V1 presentaba “[REDACTED]”, pero no indicó plan de manejo.

19.12. “NOTA DE EGRESO DE URGENCIAS” de 11 de octubre de 2013, en la que AR7 ordenó el egreso de V1 a pesar de que presentaba “[REDACTED]”).

19.13. “CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN” de 11 de octubre de 2013, suscrita por AR8, en la cual no aparecen nombres de los testigos ni los beneficios o riesgos de la cirugía.

19.14. “NOTA INICIAL DE URGENCIAS” de 14 de octubre de 2013, en la que AR4 informó que el reingreso de V1 fue por “[REDACTED]”

19.15. “NOTA DE EVOLUCIÓN” de 14 de octubre de 2013, en la que AR5 (omitió cédula profesional, matrícula, cargo o especialidad) realizó diagnóstico de V1 a nombre de diversa paciente (hermana de V1), y reportó a la paciente con “[REDACTED]” en región basal derecha con “[REDACTED]”).

19.16. “AUTORIZACIÓN SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA” de 17 de octubre de 2013, en la que AR8 informó que V1 presentó “[REDACTED]” (...), extrayéndole más de tres litros de

19.22. “NOTA DE ATENCIÓN MÉDICA” de 21 de octubre de 2013, en la que AR8 solicitó que se realizara a V1, una tele de [REDACTED], una endoscopia y colonoscopia.

19.23. “NOTA DE EVOLUCIÓN” de Terapia Intermedia de 22 de octubre de 2013, en la que el médico de base AR12 (omitió matrícula, cédula y cargo) realizó [REDACTED] a V1.

19.24. “NOTA DE EVOLUCIÓN” de ginecología y obstetricia de 22 de octubre de 2013, en la que AR13 reportó a V1 como grave y solicitó su valoración por medicina interna con realización de una radiografía de control.

19.25. Nota ilegible de 23 de octubre de 2013, suscrita por AR8, en la que indicó el plan de manejo de V1 antes de pasar a quirófano.

19.26. Estudios Histopatológicos de 24 de octubre del 2013, en los que el departamento de patología reportó que el resultado de los estudios histopatológicos del útero, ovarios y líquido de “ascitis” extraídos a V1 el 17 de octubre de 2013, fueron [REDACTED]

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

⁶ Definida por la Guía de Práctica Clínica del Derrame [REDACTED]

19.27. Impresiones endoscópicas de 25 de octubre de 2013, en las que se reportó que el [REDACTED] y la [REDACTED] realizadas a V1 a solicitud de AR8, resultaron normales.

19.28. “NOTA DE ATENCIÓN MÉDICA” de Ginecología de 25 de octubre de 2013, en la que AR8 diagnosticó a V1 con [REDACTED].”.

19.29. “NOTA DE EVOLUCIÓN” de 27 de octubre de 2013, en la que AR14 (omitió especialidad, cédula profesional y matrícula) indicó que aplicaría puntas [REDACTED] a V1, y solicitó laboratorios de control y rayos X de tórax debido a que [REDACTED].

19.30. “NOTA DE EVOLUCIÓN GINECOLÓGICA. JORNADA ACUMULADA” de 27 de octubre de 2013, en la que AR15 reportó a V1 con dificultad para respirar.

19.31. “CIRUGÍA GENERAL. JORNADA ACUMULADA” de 27 de octubre de 2013, en la que AR16 (omitió matrícula y cédula) informó que le colocó a V1 un sello de agua debido a que [REDACTED] de más del 80%.

19.32. Hoja de cuidados de enfermería de 27 de octubre de 2013, de la que se advirtió que el procedimiento de colocación de sello de agua realizado a V1 inició a las 16:00 horas y terminó a las 16:40 horas de ese mismo día y toda vez que presentó [REDACTED]

19.33. “NOTA DE INGRESO A UCI” de 27 de octubre de 2013, en la que SP2 reportó que V1 presentaba un estado de [REDACTED] ve, con [REDACTED].

19.34. “CUIDADOS INTENSIVOS EVOLUCIÓN” de 28 de octubre de 2013, en el que AR12 (omitió asentar cédula profesional o matrícula) reportó a los familiares de V1 que su estado [REDACTED].

19.35. “NOTA DE EVOLUCIÓN” de las 19:51 horas de 28 de octubre de 2013, en la que AR18 (omitió asentar cédula profesional, matrícula, especialidad y cargo) señaló que a V1 le fue descartado el diagnóstico de [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], que inició [REDACTED] y [REDACTED].

19.36. “NOTA DE EVOLUCIÓN” de 29 de octubre de 2013, en la que AR18 indicó que V1 presentaba probable [REDACTED].

19.37. “NOTA DE EVOLUCIÓN” de 30 de octubre de 2013, en la que AR18 (omitió asentar cédula profesional, matrícula, especialidad y cargo) ordenó el egreso de V1 de la UCI a fin de que continuara en medicina interna con manejo y abordaje diagnóstico.

19.38. “NOTA DE EVOLUCIÓN” de la UCI de 31 de octubre de 2013, en la que AR19 (omitió asentar cargo, cédula profesional y matrícula) informó que V1 egresó de la UCI y reingresó el mismo día por dificultad respiratoria.

19.39. “*CUIDADOS INTENSIVOS EVOLUCIÓN*” de 1 de noviembre de 2013, en la que AR18 (omitió asentar cargo, matrícula y cédula profesional) indicó que V1 requería valoración por cirujano de tórax y que infectología la [REDACTED] con [REDACTED].

19.40. “*NOTA DE EVOLUCIÓN*” de 2 de noviembre de 2013, en la que SP2 informó que realizaría la referencia de V1 a la UMAE en Obregón, Sonora.

19.41. “*CUIDADOS INTENSIVOS EVOLUCIÓN*” de 4 de noviembre de 2013, en la que AR19 (omitió asentar matrícula, cédula profesional y cargo) reportó a V1 con [REDACTED] o a la movilización y le indicó dieta [REDACTED] la cual toleró adecuadamente.

19.42. “*EVOLUCIÓN UCI MEDICINA INTERNA, TURNO NOCTURNO*” de 5 de noviembre de 2013, en la que AR17 (omitió asentar cédula profesional, matrícula y cargo) refirió que debido a que V1 presentó [REDACTED] [REDACTED] bradicardia, se le reintubó, se le colocó un ventilador mecánico y se le realizó una [REDACTED] que mostró [REDACTED] respiratoria [REDACTED] [REDACTED]).

19.43. “*NOTA DE EVOLUCIÓN*” de 6 de noviembre de 2013, en la que AR18 (omitió asentar matrícula, cédula profesional y cargo) reportó a V1 con [REDACTED]) y debido a que tenía [REDACTED] de [REDACTED] d, contra el cual ya tenía tratamiento, [REDACTED] su [REDACTED] por [REDACTED]

19.44. “NOTA DE BRONCOSCOPIA” de 8 de noviembre de 2013, a través de la cual SP3 descartó alguna [REDACTED].

19.45. “NOTA DE INFECTOLOGÍA” de 9 de noviembre de 2013, en la que SP4 asentó que V1 presentó [REDACTED]s oportunistas (denominación que se da a las infecciones que se aprovechan de un sistema inmune debilitado) y una infección probablemente por [REDACTED], por lo que indicó su [REDACTED].

19.46. “NOTA REUMATOLOGÍA” de 12 de noviembre de 2013, en la que SP5 refirió que V1 presentaba cuadro de [REDACTED] compatible con [REDACTED] (sic) y presencia de [REDACTED] [REDACTED]), por lo que le indicó un tratamiento.

19.47. “NOTA DE INFECTOLOGÍA” de 13 de noviembre de 2013, en la que SP4 indicó que V1 presentó una [REDACTED]echo y los cultivos de la [REDACTED] realizada fueron positivos para [REDACTED]), lo que ameritó su tratamiento contra [REDACTED].

19.48. “NOTA DE EVOLUCIÓN” de 13 de noviembre de 2013, en la que AR18 (omitió asentar matrícula, cédula profesional y cargo) ordenó que a V1 se le practicaran estudios para descartar enfermedad [REDACTED].

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

19.53. “NOTA DE EVOLUCIÓN” de 29 de noviembre de 2013, en la que AR20 (omitió asentar matrícula, cédula profesional y cargo) asentó que le realizó a V1 una [REDACTED] en región posterior [REDACTED], el cual [REDACTED].

19.54. “NOTA DE NEUMOLOGÍA” de 4 de diciembre de 2013 en la que SP3 diagnosticó a V1 con “*granulomatosis de Wegener refractaria (...)*”, sin que en ese momento fuera candidata a [REDACTED] (extirpación de una porción de tejido pulmonar), con un [REDACTED].

19.55. “NOTA MÉDICA EN HOSPITALIZACIÓN-REFERENCIA” de 4 de diciembre de 2013, en la que AR18 (omitió asentar matrícula, cédula profesional y cargo) reportó el estado de salud de V1, desde su ingreso al HGZ-1.

19.56. “NOTA DE EGRESO” de 11 de diciembre de 2013, en la que AR20 (omitió asentar matrícula, cédula profesional y cargo) ordenó el egreso de V1 con diagnóstico de [REDACTED] y [REDACTED] a fin de que, en la UMAE en Obregón, Sonora, fuera valorada la cirugía de tórax para [REDACTED].

19.57. “HOJA DE ALTA HOSPITALARIA” de 11 de diciembre de 2013, en la que AR20 estableció que se enviaba a V1 a diverso [REDACTED] o, esto es a la UMAE en Obregón, Sonora.

19.58. “EGRESO HOSPITAL-HOSPITAL VERDE” (*sic*) de 4 de febrero de 2014, en la que SP7 recibió a V1, procedente de la UMAE en Obregón,

Sonora, con diagnóstico de [REDACTED]
[REDACTED] y [REDACTED]”.

19.59. “NOTA DE INGRESO” a medicina interna del HGZ-1 de 4 de febrero de 2014, en la que AR21 (omitió asentar cédula profesional y/o matrícula) refirió que V1 se encontraba sin interacción al medio que la rodeaba y a la exploración física [REDACTED] en [REDACTED], con [REDACTED] de 6 ([REDACTED]), [REDACTED] y en mal [REDACTED]

19.60. “NOTA DE EVOLUCIÓN” de 12 de febrero de 2014, en la que AR23 (omitió asentar matrícula o cédula profesional) reportó que el [REDACTED] retirado a V1 presentó una [REDACTED], es decir que se puede tratar con este medicamento.

19.61. “NOTA DE EVOLUCIÓN” de 20 de febrero de 2014, en la que AR23 indicó que V1 presentaba diversas úlceras con diagnóstico de [REDACTED], y que le indicó ejercicios de rehabilitación.

19.62. “NOTA DE EVOLUCIÓN” de 26 de febrero de 2014, en la que AR23 (omitió asentar matrícula o cédula profesional) indicó que una vez que tuvieran los resultados de laboratorio, evaluarían a V1 de forma integral y se determinaría el egreso a su domicilio.

¹⁰ Los médicos de este Organismo Nacional la refieren como una bacteria.

19.63. “NOTA DE EGRESO” de medicina interna de 27 de febrero de 2014, en la que AR23 diagnosticó a V1 y ordenó su egreso por mejoría ante el riesgo de que adquiriera alguna enfermedad nosocomial, sin que su familia aceptara.

19.64. Nota de Trabajo Social de 4 de marzo de 2014, en la que personal adscrito informó que realizó una visita domiciliaria con el método “ATHODO”¹¹, en la que se determinó que la vivienda de V1 contaba con buenas condiciones y era apta para que pudiera ser egresada del HGZ-1.

19.65. “NOTA DE ATENCIÓN MÉDICA” de 5 de marzo de 2014, en la que SP12 refirió que V1 a la exploración física presentaba nulo control voluntario y la diagnosticó con [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

19.66. “NOTA DE REVISIÓN DE ESTANCIA PROLONGADA” de 25 de abril de 2014, en la que la Dirección del HGZ-1 ratificó el alta médica de V1 para que continuara su control en el grupo [REDACTED], lo que se informaría a V2.

¹¹ La revista de enfermería del IMSS lo refiere como “Atención Hospitalaria a Domicilio” implementada para llevar atención médica al domicilio de los pacientes con enfermedades crónicas o terminales.

¹² Los médicos de este Organismo Nacional es el [REDACTED]

20. Acta Circunstanciada de 3 de octubre de 2014, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que V2 precisó que su queja era contra personal del HGZ-1.

21. Oficio 095217614BB1/1741 de 9 de octubre de 2014, mediante el cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, los siguientes informes:

21.1. “RESUMEN CLÍNICO” de 28 de abril de 2014, signado por AR8, en el que informó su intervención en la atención médica brindada a V1.

21.2 Escrito de 29 de abril de 2014, suscrito por SP13 a través del cual informó su intervención en la atención brindada a V1, el 31 de octubre de 2014.

22. Oficio 095217614BB1/1867 bis de 24 de octubre de 2014, a través del cual el IMSS informó a este Organismo Nacional sobre la atención brindada a V1 en el HGZ-1, y adjuntó el resumen médico suscrito por SP9, en el que detalló la atención brindada a V1 del 4 de febrero de 2014 al 26 de septiembre de ese mismo año.

23. Acta Circunstanciada de 24 de noviembre de 2014, en la cual este Organismo Nacional hizo constar que V2 presentó copias de notas periodísticas referentes a la atención médica que se brindó a V1 por parte del IMSS, comprobantes de gastos médicos y un DVD de V1, antes de que ingresara a cirugía en el HGZ-1, en el cual le decía a [REDACTED] V4 que [REDACTED].

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: parentesco, narración de hechos

24. Oficio 095217614BB0/0008 de 8 de enero de 2015, a través del cual el IMSS informó a este Organismo Nacional que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de esa institución resolvió improcedente el Expediente de Queja.

25. Acta Circunstanciada de 28 de enero de 2015, en la cual este Organismo Nacional hizo constar que V2 exhibió la siguiente documentación:

25.1. Acuerdo de 12 de septiembre de 2014, en el cual la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS resolvió el Expediente de Queja.

25.2. Oficio 095217614BB0/001849 de 28 de noviembre de 2014, en el cual se notificó a V2, la improcedencia de su recurso de queja.

25.3. Copia del recurso de inconformidad presentado ante el H. Consejo Consultivo Delegacional del IMSS en Baja California Sur, el 12 de enero de 2015, en contra de la resolución de improcedencia del Expediente de Queja.

26. Acta Circunstanciada de 18 de febrero de 2015, en la cual este Organismo Nacional hizo constar que V2 remitió vía correo electrónico lo siguiente:

26.1. Copia del Acuerdo "017" de 4 de febrero de 2015, mediante el cual el H. Consejo Consultivo Delegacional del IMSS, se declaró incompetente para conocer y resolver el recurso presentado por V2, debido a que el acto impugnado fue emitido por el H. Consejo Técnico de ese instituto.

26.2. Copia de la constancia de notificación realizada a V2, respecto del acuerdo de incompetencia señalado.

26.3. Copia del resumen médico de V1 de 16 de febrero de 2015, firmado por SP9.

27. Oficio 030103200200/D454/2015 de 20 de mayo de 2015, a través del cual SP9 remitió a este Organismo Nacional, el informe sobre las causas de la [REDACTED] que V1 presentó.

28. Oficio 095217614BB1/0909 de 21 de mayo de 2015, a través del cual la División de Atención a Quejas del IMSS remitió a este Organismo Nacional los siguientes documentos:

28.1. Informe mediante el cual SP10 y SP11 concluyeron que V1 presentó cuadro de tuberculosis diseminada, respuesta sistémica inflamatoria importante, incluyendo la afección pulmonar, causas atribuibles a la hipoxia cerebral y al [REDACTED].

28.2. Notas médicas y de enfermería relacionadas con la atención médica otorgada a V1 en el HGZ-1 el 30, 31 de octubre de 2013 y 14 de febrero de 2014.

29. Oficio 00001152 de 26 de mayo de 2015, mediante el cual la Dirección Médica de la UMAE en Obregón, Sonora, remitió el resumen clínico de V1, en el que especificó las causas de la [REDACTED] a [REDACTED] que presentó.

30. Opinión médica de 18 de agosto de 2015 realizada por médicos de la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional, en el que establecieron las consideraciones técnicas respecto a la atención médica proporcionada a V1 en el HGZ-1 y en la UMAE en Obregón, Sonora.

31. Acta Circunstanciada de 26 de octubre de 2015, mediante la cual este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica de la abogada de V2, en la que informó que en esa fecha presentó denuncia en la Agencia Tercera Investigadora del Ministerio Público de la Federación, por la probable comisión del delito de responsabilidad profesional por negligencia médica, la que se radicó como Averiguación Previa.

32. Acta Circunstanciada de 16 de noviembre de 2016, en la cual este Organismo Nacional hizo constar que una vez que se revisó la Averiguación Previa en la Agencia Tercera Investigadora del Sistema Tradicional en La Paz, Baja California Sur, se advirtió lo siguiente:

32.1. El 22 de abril de 2016, AR18 y SP9, y el 29 de ese mismo mes y año, AR8 y AR24 comparecieron ante la autoridad ministerial, en la que se reservaron su derecho a declarar.

32.2. El 29 de abril de 2016, el agente del Ministerio Público de la Federación, remitió al Comisionado Nacional de Arbitraje Médico el duplicado de la indagatoria a fin de que emitiera un dictamen médico.

32.3. En la misma fecha, 29 de abril de 2016, se propuso a la Delegada Estatal de la Procuraduría General de la República en Baja California Sur, la

consulta de la reserva en la Averiguación Previa, toda vez que se encontraba pendiente el desahogo del dictamen y/o opinión técnica que se solicitó a la CONAMED, y hasta ese momento no se satisfacían los requisitos del artículo 16 Constitucional y 168 del Código Federal de Procedimientos Penales para que se tuviera acreditado el cuerpo del delito.

32.4. Oficio AMPF/0493/2016 de 29 de abril de 2016, a través del cual se le notificó a V2 que en la Averiguación Previa se determinó la consulta de la reserva, la cual fue autorizada el 30 de ese mismo mes y año por la agente del Ministerio Público de la Federación Auxiliar del Procurador.

32.5. El 1º de junio de 2016, SP9 presentó comparecencia por escrito, la cual ratificó en esa misma fecha, y agregó que no cometió delito en perjuicio de V1, ya que él era el Director del HGR-1, no médico tratante.

32.6. El 9 de agosto de 2016, se reactivó la Averiguación Previa, debido a que la CONAMED solicitó la remisión de diversos estudios médicos de V1, notas médicas faltantes, fotocopia legible del certificado de defunción, el expediente clínico de la atención proporcionada en la UAME-2 y las declaraciones ministeriales de los médicos tratantes.

32.7. El 26 de septiembre de 2016, el agente del Ministerio Público de la Federación acordó la consulta de la reserva de la Averiguación Previa debido a que no contaba con el dictamen médico de la CONAMED, y no había elementos para ejercer acción penal en contra de persona alguna, la cual fue autorizada por el agente del Ministerio Público Auxiliar de la Procuraduría General de la República el 30 de ese mismo mes y año.

32.8. El 24 de octubre de 2016, AR8 rindió su declaración ministerial por escrito en la cual refirió que en la atención de V1 se observaron todas las medidas y protocolos para reestablecer su salud, misma que ratificó el 7 de noviembre de 2016.

33. Acta Circunstanciada de 29 de noviembre de 2016, en la cual este Organismo Nacional hizo constar que la abogada de V2 entregó copia simple de la demanda de Responsabilidad Civil interpuesta en el Juzgado Primero de Distrito de esa entidad, en lo sucesivo Juzgado de Distrito, el 3, y admitida el 7 de noviembre de ese año.

34. Dictamen Médico Institucional No. 107/17, emitido por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en el mes de julio de 2017, suscrito por el Delegado Institucional a petición del agente del Ministerio Público de la Federación respecto a la atención médica otorgada a V1 en el HGZ-1 y en la UMAE en Obregón, Sonora, en el cual se determinó la responsabilidad médica del personal del HGZ-1.

35. Acta Circunstanciada de 4 de diciembre de 2017, en la cual esta Comisión Nacional indicó que la Averiguación Previa contiene el dictamen de la CONAMED, por lo que el 7 de noviembre de ese año, dicha indagatoria se consignó ante el Juzgado de Distrito, la cual se radicó bajo la Causa Penal.

36. Acta Circunstanciada de 15 de diciembre de 2017, en la cual este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con V2 en la que informó que la unidad jurídica del IMSS determinó otorgar un pago por reparación integral del daño, sin que aceptara dicha cantidad y solicitó se resolviera su expediente de queja.

37. Acta Circunstanciada de 23 de febrero de 2018, en la cual esta Comisión Nacional hizo constar que la abogada de V2 informó que el 21 del mismo mes y año, se libró orden de aprehensión en la Causa Penal en contra de AR8 y AR12 por su probable responsabilidad en la comisión del delito de homicidio culposo, por lo que el 22 de ese mes y año, se les fijó una fianza.

38. Acta Circunstanciada de 28 de febrero de 2018, en la cual este Organismo Nacional hizo constar la llamada de la abogada de V2, en la que informó que el 27 de ese mes y año, el Juez de Distrito decretó en la Causa Penal la formal prisión en contra de AR8 y AR12, por su probable responsabilidad en la comisión del delito de homicidio culposo con la agravante de responsabilidad profesional.

39. Acta Circunstanciada de 7 de marzo de 2018, en la cual este Organismo Nacional, hizo constar la llamada de la abogada de V2, en la que informó que en el Juzgado de Distrito se declaró fundado el incidente de excepción de incompetencia promovido por la Delegación del IMSS, en el Juicio Ordinario Civil, y determinó que la autoridad competente para conocer la demanda de responsabilidad patrimonial del Estado era el Tribunal Federal de Justicia Administrativa.

40. Acta Circunstanciada de 23 de abril de 2018, en la cual este Organismo Nacional hizo constar que personal del Juzgado de Distrito le informó que la Causa Penal se encuentra en instrucción.

41. Acta Circunstanciada de 4 de mayo de 2018, en la cual este Organismo Nacional hizo constar que la abogada de V2 informó que el Tribunal Unitario modificó el monto de la caución fijada por el Juez en la Causa Penal.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

42. El 14 de julio de 2014, V2 presentó queja ante el Consejo Consultivo Delegacional del IMSS en Baja California Sur, y solicitó indemnización, atención médica para V1, sanción al personal y pensión para V4, la que se radicó como Expediente de Queja. El 12 de septiembre de ese año, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS lo resolvió improcedente al no existir responsabilidad civil e indicó que la pensión debería solicitarse en la Unidad Médico Familiar.

43. El 12 de enero de 2015, V2 presentó recurso de inconformidad en contra de la citada determinación y mediante Acuerdo "017" de 4 de febrero de ese año, el Consejo Consultivo Delegacional del IMSS se declaró incompetente debido a que el acto impugnado fue emitido por el H. Consejo Técnico de ese instituto y ordenó su remisión.

44. El 26 de octubre de 2015, V2 denunció los hechos ante el Ministerio Público de la Federación, la cual se radicó como Averiguación Previa.

45. El 7 de noviembre de 2016, el Juzgado de Distrito admitió la demanda de responsabilidad civil presentada por V2, la cual se radicó como Juicio Ordinario Civil.

46. El 7 de noviembre de 2017, la Averiguación Previa se consignó ante el Juzgado de Distrito, la cual se radicó como Causa Penal.

47. El 23 de febrero de 2018, el Juzgado de Distrito libró orden de aprehensión en contra de AR8 y AR12, por lo que el 28 de ese mismo mes y año, se les decretó su formal prisión por la probable comisión del delito de homicidio culposo con la agravante de responsabilidad profesional, y se les concedió su libertad provisional bajo caución.

48. El 28 de febrero de 2018, se declaró fundado el incidente de excepción de incompetencia promovido por la Delegación del IMSS, en el Juicio Ordinario Civil, en el que se determinó que la autoridad competente para conocer la demanda de responsabilidad patrimonial del Estado con motivo de la negligente prestación de sus servicios médicos sería el Tribunal Federal de Justicia Administrativa.

49. El 4 de mayo de 2018, el Tribunal Unitario en esa entidad, notificó a V2 que se modificó el monto de la caución fijada por el Juez de Distrito en la Causa Penal.

IV. OBSERVACIONES.

50. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2014/4485/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias que permiten acreditar las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a personal médico de los servicios de Urgencias y de la UCI del HGZ-1 en agravio de V1:

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

50.2. Violación al derecho humano a la vida.

50.3. 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 4° de la Constitución reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

53. Es atinente la jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).”*¹³

54. El artículo 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió

¹³ Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

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 (...)”.¹⁴

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*

¹⁴ “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.

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 los servicios de Urgencias y de la UCI del HGZ-1 omitieron brindar a V1 la atención médica adecuada derivada de su calidad de garantes conferidas por las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el párrafo segundo del artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas IMSS, lo que se tradujo en la violación al derecho a la protección de la salud, como a continuación se analiza.

A.1. VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA.

❖ Atención médica brindada a V1 en el servicio de medicina familiar del 25 de septiembre al 9 de octubre de 2013.

59. El 25 de septiembre de 2013, V1 acudió al servicio de medicina familiar por presentar ocho días de evolución con distensión y dolor abdominal con evacuaciones diarreicas e intolerancia a la vía oral, por lo que SP1 la valoró y a la exploración física la encontró con dolor a la palpación en epigastrio, “*marco cólico*”

con signo de Giordano (dolor a la puño percusión de fosa renal) y la diagnosticó con [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] s.

60. El 7 de octubre de 2013, SP1 reportó a V1 con persistencia de la distensión y dolor abdominal de 20 días de evolución; a la exploración física con dolor a nivel de epigastrio y marco cólico con signo de [REDACTED]
[REDACTED] y le indicó tratamiento para [REDACTED] a,
[REDACTED]
[REDACTED].

61. En la misma fecha, V1 acudió con un gastroenterólogo particular, quien le sugirió revaloración en su unidad de adscripción para la realización de una [REDACTED] como complemento diagnóstico.

62. El 9 de octubre de 2013, en el ultrasonido realizado a V1, se advirtió [REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED] sin alteraciones identificables en Narración de Hechos [REDACTED] y anatomía [REDACTED] en pelvis, sin poderse valorar por la presencia de líquido libre.

63. En la fecha referida SP1 reportó a V1 con disnea (sensación de falta de aire), y la diagnosticó con [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] y debido a las alteraciones hemodinámicas la refirió de inmediato al servicio médico de urgencias ante los hallazgos que comprometían su estado de salud.

64. En opinión de los médicos de este Organismo Nacional, la atención médica brindada a V1 en el servicio de medicina familiar fue adecuada, debido a que la paciente no presentaba sintomatología sugestiva de que cursara con padecimiento maligno, lo que se confirmó por un especialista particular en gastroenterología, quien tampoco advirtió alguna neoplasia maligna.

❖ **Atención médica brindada a V1 en el servicio médico de urgencias del 9 al 11 de octubre de 2013.**

65. El 9 de octubre de 2013, V1 ingresó al servicio de urgencias donde fue atendida por AR1, quien la reportó con “[REDACTED] y [REDACTED]”, le indicó ayuno, cuidados generales de enfermería, soluciones parenterales, protector de [REDACTED] y solicitó laboratoriales de control y tomografía de abdomen con doble contraste.

66. El 10 de octubre de 2013, AR2 la reportó con “(...) *abdomen globoso por ascitis no a tensión, abdomen blando depresible doloroso en ambas fosas iliacas, no se alcanza a palpar masas debido a la ascitis (...)* [REDACTED] (...) [REDACTED] (...)”, por lo que solicitó marcadores [REDACTED], [REDACTED] simple y contrastada e interconsulta por el servicio de ginecoobstetricia.

67. Esa misma fecha, AR3 indicó que V1 presentaba [REDACTED], [REDACTED], y solicitó tomografía [REDACTED] para descartar [REDACTED] que explicara [REDACTED]” y [REDACTED]

68. El 10 de octubre de 2013, V1 fue valorada por AR4 quien la encontró con [REDACTED]” y signos vitales aceptables; a la exploración física la reportó con [REDACTED]”, por lo cual le realizó drenaje por [REDACTED] con toma de muestras para patología; y debido a que los laboratorios reportaron [REDACTED] [REDACTED] solicitó su valoración por onco-quirúrgica (sic).

69. Ese mismo día, AR6 determinó que V1 presentaba probable tumor de ovario en protocolo de estudio a descartar carcinomatosis abdominal e integró el diagnóstico de [REDACTED] e igualmente solicitó su valoración por oncoginecología para protocolo de estudio.

70. De la tomografía abdomino pélvica simple y contrastada realizada a V1, se advirtió la presencia de [REDACTED] [REDACTED] de origen a determinar, no obstante, ante tal hallazgo los médicos tratantes fueron omisos en solicitar se le realizara una [REDACTED] y/o [REDACTED] para establecer su [REDACTED] oportuno.

71. El 11 de octubre de 2013, el servicio de patología asentó que en el estudio citológico de la muestra de líquido de [REDACTED]” extraída a V1 se advirtió “(...)

¹⁵ Definida en la opinión médica de esta Comisión Nacional, como la [REDACTED]

¹⁶ Estadio IIIB. El cáncer se diseminó al peritoneo fuera de la pelvis (...). El [REDACTED]

[REDACTED] (...) [REDACTED]
[REDACTED] (...)."

72. En la misma fecha, V1 fue valorada por AR8 del servicio de ginecología, quien la reportó con signos [REDACTED] con ^{Narraci} [REDACTED] kg de peso "(...) [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] o, (...) [REDACTED]
[REDACTED] (...)", por lo que la diagnosticó con "[REDACTED]", sin que indicara plan de manejo.

73. A las 16:45 horas de esa fecha, AR7 indicó que V1 se encontraba asintomática con signos [REDACTED], con [REDACTED] y [REDACTED]); a la exploración física con "[REDACTED] [REDACTED] a expensas de líquido de [REDACTED] signo de la ola positivo (al dar unos golpes en el [REDACTED]), [REDACTED], por lo que indicó su alta a domicilio con cita abierta a urgencias y continuar con su protocolo quirúrgico externo.

74. De acuerdo con la opinión de los médicos de esta Comisión Nacional, AR1, AR2, AR3, AR4, AR6 y AR7 omitieron realizar una adecuada exploración física a V1 a fin de determinar la etiología de su padecimiento, por lo que debieron solicitar radiografía y/o tomografía de tórax para valorar el derrame pleural que presentaba y establecer, en su caso, si ameritaba o no su drenaje con envío de muestras al laboratorio para identificar su origen y brindarle un diagnóstico certero con tratamiento oportuno.

80. Derivado de lo anterior, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 no garantizaron el derecho a la protección a la salud de V1, al no proporcionarle la atención médica de urgencia que requería desde su ingreso a pesar de que fue reportada como *“grave”*, por lo que dichos médicos incumplieron con el punto 4.1.1 de la NOM-027-SSA3-2013, vigente al momento de los hechos, que especifica que por urgencia se entiende *“todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata”*.

81. También incumplieron con el artículo 73 del Reglamento de la Ley General de Salud, que establece que el responsable de urgencias *“(...) está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido (...)”*, contrario a ello AR7 ordenó su egreso a pesar de que V1 no estaba estabilizada.

82. Las omisiones del personal del servicio médico de urgencias se corroboran con el dictamen médico institucional de la CONAMED, cuyo punto segundo establece que entre las razones por las que se apreció mala práctica del personal del servicio de urgencias los días 9, 10, 11, 14 y 15 de octubre de 2013, son la omisión de los médicos tratantes para evaluar la magnitud del derrame pleural y determinar si había indicación de toracocentesis diagnóstica, la valoración de V1 por medicina interna o neumología, así como el no haber ponderado las condiciones clínicas de V1 cuando AR7 decidió su egreso el 11 de octubre de 2013.

83. Este Organismo Nacional acreditó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, omitieron proporcionar atención médica adecuada a V1 a pesar de que tenía el

derecho de ser atendida de manera integral para obtener un diagnóstico certero, lo que en el caso particular no aconteció.

84. Las omisiones de los referidos médicos de urgencias contribuyeron al deficiente proceso inicial de V1, al no haberle garantizado la prestación de servicios de atención médica cuando lo requería, ya que los hallazgos observados por SP1 ameritaban una atención inmediata para limitar la progresión de su enfermedad y evitar se pusiera en riesgo su integridad física e incluso su vida, como aconteció, lo cual pudo haberse evitado si AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 hubieran ordenado los estudios adecuados como una radiografía y/o tomografía de tórax para ver el origen de su malestar.

❖ Atención médica brindada a V1 en el servicio médico de oncología-ginecológica.

85. Como se precisó en el apartado que antecede, el 11 de octubre de 2013, AR8 valoró a V1 y la diagnosticó con *“cistadenoma papilar malignidad ovario”*, sin que le indicara plan de manejo a pesar de que la programó para una *“laparotomía exploradora más rutina de ovario”*, a realizarse el 4 de noviembre de 2013.

86. El 15 de octubre de 2013, AR8 valoró por segunda ocasión a V1 con motivo de su reingreso al servicio médico de urgencias y la reportó con “(...) [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] (...) [REDACTED], (...) [REDACTED] (...)”, por lo que le indicó plan de manejo para que la intervinieran quirúrgicamente el 17 de ese mes y año.

87. A las 16:00 horas de la fecha indicada, AR8 le realizó a V1 una [REDACTED] cirugía en la que le extrajo más de tres litros de líquido de [REDACTED] que según refirió el estudio transoperatorio histopatológico, fue positivo para células malignas y cuando valoró su [REDACTED]” encontró [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] (...) [REDACTED] (...) [REDACTED] (...) [REDACTED] (...).”

88. Llama la atención de este Organismo Nacional que aun cuando AR8 no contaba con el resultado del estudio histopatológico de las muestras que extirpó a V1, al siguiente día, esto es el 18 de octubre de 2013, le manifestó la importancia de localizar el [REDACTED]”, por lo que solicitó se le realizara una biometría hemática de control, la endoscopía y una colonoscopía, y no obstante su trascendencia, le fueron realizados hasta el 25 de ese mes y año, con resultados normales, por lo que desestimó que se tratara de diverso padecimiento como más tarde se confirmó, esto es, que V1 tenía [REDACTED]

89. Hasta el 21 de octubre de 2013, AR8 solicitó se realizara a V1 una tele de tórax postero-anterior a pesar de que desde el 15 de ese mismo mes y año, tuvo conocimiento de que el motivo de su reingreso a urgencias se debió a la dificultad para respirar.

90. El 25 de octubre de 2013, AR8 indicó que V1 presentaba [REDACTED] y [REDACTED] [REDACTED] y [REDACTED] estado [REDACTED]”, le tomó examen de [REDACTED] seriada (3 muestras) para descartar [REDACTED], a pesar de

que los resultados de histopatología de las muestras que extirpó fueron reportados el 24 del mismo mes y año, con resultados negativos a cáncer.

91. En opinión de los médicos de este Organismo Nacional de 18 de agosto de 2015, AR8 omitió en la valoración de V1, lo siguiente:

91.1. Realizar una historia clínica y exploración física completas, intencionadas y dirigidas, a través del interrogatorio de factores de riesgo (sobre familiares con cáncer de ovario, mama, uso de anticonceptivos), trastornos gastrointestinales, sintomatología urinaria, abdominal y vaginal (dolor pélvico o abdominal persistente, urgencia urinaria, poliuria, distensión abdominal, dispepsia o dificultad para comer).

91.2. Elaborar una exploración física acuciosa torácica, abdominal y vaginal, enfocándose al fondo de saco posterior, tacto rectal, exploración de ganglios abdomino inguinales, supraclaviculares, cervicales, axilares, considerar toma de biopsia y legrado endocervical (para excluir un cáncer endocervical o endometrial), papanicolaou, biometría hemática de control, pruebas de funcionamiento hepático.

91.3. Ordenar un nuevo ultrasonido abdominal y/o vaginal a V1.

91.4. Solicitar la realización de una tomografía de tórax, simple de abdomen ante la dificultad respiratoria que V1 presentaba por el derrame pleural, así como una gasometría arterial u oximetría de pulso para valorar la cantidad de oxigenación en su sangre e indicar oxigenoterapia no invasiva para

corregir la dificultad respiratoria que él mismo estableció y al no hacerlo le generó perjuicio en su salud.

91.5. Establecer el índice de riesgo de malignidad (obtenido calificando las características ultrasonográficas, el estudio menopaúsico y valores preoperatorios del antígeno carcinoembrionario “CA 125”, cuyo valor normal es hasta 35 U/ml), debido a que un índice de riesgo mayor de 200 indica alto riesgo de malignidad.

91.6. A pesar de que V1 presentaba [REDACTED]”, omitió el protocolo de estudio obligado para brindarle un tratamiento idóneo y oportuno.

91.7. Sin un criterio clínico de patología o de gabinete, estableció que el diagnóstico de V1 era [REDACTED]”, por lo que incumplió con las Guías de Práctica Clínica del Abordaje, Diagnóstico y Referencia del Tumor Pélvico con Sospecha de Malignidad y la diversa de Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural, que establecen los criterios para esa valoración.

91.8. Solicitar una valoración preoperatoria y preanestésica de V1 antes de la “laparatomía” programada, por lo que incumplió el punto 5.4 de la NOM-006-SSA3-2011¹⁸, “Para la práctica de la anestesiología”, que especifica que dicha valoración se deberá realizar con suficiente anticipación a la

¹⁸ Norma Oficial Mexicana, Para la práctica de la anestesiología, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de marzo de 2012.

fecha del procedimiento quirúrgico, ya que se requerirá que el médico responsable de aplicar la anestesia lleve a cabo una nueva valoración antes de iniciar el procedimiento.

91.9. Tomar muestra de las nodulaciones que advirtió en la cavidad de V1 para su estudio transoperatorio, lo que era indispensable para establecer el diagnóstico definitivo de benignidad o malignidad de los [REDACTED], ya que sólo envió el líquido de [REDACTED] que a su dicho era de “[REDACTED]” y la biopsia de corredera parietocólica derecha (espacio de la cavidad peritoneal formado por la pared lateral del abdomen y el colon ascendente, en el lado derecho), lo cual no confirmaba el diagnóstico de cáncer de ovario que indicó, por lo que se consideró que la extirpación de útero, ovarios y trompas de V1 fue precipitada debido a que la cirugía para la cual fue programada era una “[REDACTED]”, esto es para revisión de ovario.

91.10. AR8 le tomó examen de [REDACTED] seriada (3 muestras) a V1 para descartar [REDACTED], sin que solicitara los resultados de histopatología de las muestras que extirpó y que fueron reportadas el 24 de octubre de 2013, ya que de haberlo hecho habría advertido que V1 no cursaba con ningún proceso maligno, y en su lugar debió solicitar el drenaje urgente y el estudio de líquido de [REDACTED] y del [REDACTED] del 70% que comprometía el estado [REDACTED], por lo que inadecuadamente refirió que V1 se encontraba en [REDACTED].”

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

92. Las omisiones de AR8, se confirmaron con el dictamen médico institucional de la CONAMED, en el que también se resaltó la falta de seguimiento a V1 después del 25 de octubre de 2013 a pesar de que presentó complicaciones postquirúrgicas ([REDACTED]), así como hubo mala práctica al haber omitido tomar biopsia transoperatoria a V1 a quien extirpó el [REDACTED] sin justificación alguna.

93. Derivado de lo anterior, se acreditó que AR8 actuó inadecuadamente en la atención brindada a V1 y con ello violentó su derecho a la protección a la salud.

94. Por otra parte, de las notas de evolución realizadas por AR9, AR10 y AR11, los días 18, 19 y 20 de octubre de 2013, respectivamente, se advirtió que señalaron que V1 presentaba un estado de salud delicado, y a la exploración física la reportaron con campos pulmonares con disminución de la [REDACTED] y con base a la opinión médica de este Organismo Nacional, dichos profesionistas omitieron realizar una adecuada semiología de la disminución de la [REDACTED] de V1 e igualmente pasaron desapercibido el derrame pleural que atravesaba, por lo cual debieron solicitar una nueva radiografía o tomografía de tórax para verificar el origen de dicho padecimiento.

95. El 22 de octubre de 2013, AR13 reportó a V1 postoperada de [REDACTED] [REDACTED]”, con calosfríos y solicitó valoración por medicina interna y radiografía de control al día siguiente, lo que en opinión de los médicos de esta Comisión Nacional fue inadecuado toda vez que debió solicitar su valoración inmediata por medicina interna y/o terapia intensiva atento a su estado de salud; por otra parte, AR13 señaló que a V1 se le había realizado [REDACTED]”, sin

embargo, dicha terminología sólo se aplica en pacientes con cáncer previamente diagnosticado y confirmado, lo que en el presente caso no sucedió.

❖ Atención médica brindada a V1 en el servicio médico de terapia intermedia del HGZ-1 el 22 y 28 de octubre de 2013.

96. El 22 de octubre de 2013, AR12 indicó en su nota de evolución que V1 presentaba dificultad respiratoria, en tanto en la radiografía se reportaba un derrame pleural de predominio derecho de más del 50%, por lo que le realizó [REDACTED]” (punción quirúrgica de la pared torácica para evacuar por aspiración el líquido acumulado en la cavidad pleural), consistente en “(...) [REDACTED] cc, se procede a retiro de catéter (...) previo a [REDACTED] (...)” e integró el diagnóstico de “[REDACTED] [REDACTED].

97. Sin embargo, AR12 omitió enviar la muestra del líquido pleural que extrajo a V1 para citología, citoquímico, microbiológico; estudios indispensables para establecer si se trataba de un [REDACTED]” y así poder brindar a V1 un tratamiento idóneo y oportuno, asimismo, cuando retiró la sonda [REDACTED] le provocó a V1 un [REDACTED] de la capacidad [REDACTED] lo que fue condicionante de la dificultad respiratoria que presentó el 27 de octubre de 2013, que ameritó la colocación de una sonda endopleural y sello de agua urgente para su drenaje, por lo que transgredió la Guía de Práctica de Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural.

98. Los médicos de esta Comisión Nacional aseveraron que de haberse realizado un manejo adecuado al derrame pleural que V1 presentó a través de un completo

protocolo de estudio a su padecimiento pélvico no maligno, se habría evitado una cirugía innecesaria y las complicaciones con las cuales cursó, otorgándole un mejor pronóstico de sobrevivencia y que fue vulnerado con las omisiones reiteradas en que incurrieron los médicos tratantes.

99. Por otra parte, este Organismo Nacional resalta la falta de sensibilidad y profesionalismo con que se condujo AR12 durante la estancia hospitalaria de V1 en la UCI del HGZ-1, en concreto lo relativo a la nota de evolución de 28 de octubre de 2013, en la que asentó que el estado de salud de V1 era muy grave, y agregó:

“(…) Renal, últimas 3 horas sin producción de orina **va que vuela a la falla orgánica múltiple y de hecho su pronóstico si bien no se ha documentado Ca primerio ya tiene carcinomatosis abdominal con siembras por todos lados, se incluye el** Narración de Hechos
(…), familiares informados”.

(Énfasis añadido)

100. Afirmación que, por un lado, evidenció la falta de conocimiento de su expediente clínico, en el cual, desde el 24 de octubre de 2013, se informó que los resultados del estudio histopatológico de [REDACTED] y líquido de [REDACTED] de V1 fueron [REDACTED], al igual que los resultados de la [REDACTED] y [REDACTED] ordenados por AR8 el 25 del mismo mes y año.

101. Por otra parte, dicho profesionista dejó patente su falta de sensibilidad y empatía ante V1 y sus familiares, debido a que, sin contar con la certeza respecto

del diagnóstico de la paciente, les informó que, aunque no estaba documentado el cáncer primario, V1 presentaba [REDACTED] [REDACTED] incluye el ^{Narración de Hechos} [REDACTED] lo que demostró su falta de ética para informar el estado físico de la paciente.

102. AR12 dejó de considerar las obligaciones éticas y de trato social que debe asumir todo profesional, partiendo de que el paciente es una unidad biológica, psicológica, social y espiritual, por tanto tenía la obligación de informarle a V1 su diagnóstico de manera veraz con mesura, prudencia y calidez, respetando en todo momento su dignidad humana, sin dejar de considerar su dependencia, vulnerabilidad y temor ante su situación clínica, por lo que se considera que vulneró el “Código de conducta para el personal de salud 2002”¹⁹, que establece dichas obligaciones .

103. También contravino lo previsto en el “Código de Bioética para el personal de la salud 2002”²⁰, cuyos puntos 13, 14 y 15, definen al enfermo como personas “que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables”, por lo cual AR12 estaba obligado a brindar a V1 un trato de consideración, amabilidad y respeto, extensivo a sus familiares, quienes comúnmente presentan angustias e inquietudes, por lo cual debió brindarles información con sentido humano y prever el momento oportuno siempre en beneficio del enfermo, lo que evidentemente no realizó.

¹⁹ 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.

²⁰ Guía de conducta en el ejercicio profesional realizado por la Secretaría de Salud en conjunto con diversas instituciones, entre las que se destaca el Instituto Mexicano del Seguro Social.

104. Al respecto el artículo 9 del Reglamento de Prestaciones Médicas IMSS, establece que la atención deberá realizarse de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, lo que omitió el profesionista citado por las razones expuestas.

❖ **Atención médica brindada a V1 en el HGZ-1 el 27 octubre de 2013.**

105. El 27 de octubre de 2013, AR14 reportó a V1 grave con signos vitales aceptables y dificultad respiratoria, por lo que le indicó puntas nasales y solicitó laboratoriales de control y radiografía de tórax; sin embargo, los médicos de esta Comisión Nacional refirieron que AR14 omitió establecer un diagnóstico, así como describir los hallazgos de histopatología y solicitar la valoración urgente de V1 por medicina interna y/o terapia intensiva ante su gravedad, así como requerir la realización de una gasometría arterial y oximetría de pulso para valorar la saturación de oxígeno en su sangre arterial.

106. En la misma fecha, AR15 del servicio de ginecología indicó que V1 presentaba campos pulmonares con disminución en [REDACTED]"; conforme a la opinión de los médicos de esta Comisión Nacional, AR15 omitió identificar la causa de la disminución en la ventilación bibasal de V1, así como revisar el reporte de patología para establecer su diagnóstico presuncional.

107. El inadecuado manejo de AR14 y AR15 trajo como consecuencia que a las 16:42 horas de ese día, 27 de octubre de 2013, ante el deterioro respiratorio con

repercusión ventilatoria que presentaba V1, le fuera colocado un sello de agua²¹ urgente por derrame pleural de más del 80% del pulmón derecho (confirmado con radiografía de tórax), por lo que AR16 le extrajo 2.5 litros de líquido de “ascitis”; sin embargo, dicho profesional omitió requerir la valoración preoperatoria urgente por medicina interna, ordenar una gasometría arterial y oximetría de pulso debido a la repercusión ventilatoria de V1 y enviar a patología la muestra de líquido pleural para determinar su origen.

108. AR16 también fue omiso al no investigar el origen de la insuficiencia respiratoria, las expectoraciones con espuma color salmón, la taquicardia y las saturaciones del 80% que V1 presentó posterior a la cirugía, factores que contribuyeron al deterioro de su salud, ya que en opinión de los médicos de este Organismo Nacional dichos hallazgos no fueron eventos clínicos súbitos ni espontáneos sino complicaciones que se manifestaron desde el 9 de octubre de 2013 cuando V1 fue hospitalizada y que pasaron desapercibidas por los médicos tratantes de los servicios de urgencias, ginecología y terapia intermedia.

109. Al respecto la CONAMED refirió que hubo mala praxis de AR16 debido a que extrajo un volumen de líquido pulmonar mucho mayor al recomendado, esto es 2.5 litros cuando lo sugerido es un máximo de 1.8 litros, lo que en ese momento puso en peligro la vida de V1.

²¹

Según la literatura médica especializada vigente, este procedimiento consiste en conectar la sonda de pleurostomía instalada en el paciente a uno o más frascos que contienen agua hasta aproximadamente un tercio de su capacidad, con la finalidad de evacuar el líquido de la cavidad torácica, tomando una muestra para su envío a laboratorio, investigando si se trata de un trasudado o exudado, realizándole estudio microbiológico, citológico y citoquímico.

110. Lo expuesto demostró el deterioro paulatino de la salud de V1 ante el desempeño médico deficiente, lo que propició que dicha paciente ingresara al servicio de UCI como se verificará enseguida.

❖ Atención médica en la UCI del HGZ-1 del 27 de octubre al 11 de diciembre de 2013.

111. El 27 de octubre de 2013, V1 ingresó a la UCI del HGZ-1 donde durante los cuarenta y cinco días que permaneció internada, se le brindó un manejo multisoporte, multiorgánico, hemato infeccioso, cardioventilatorio, gastronutricio y multidisciplinario, de ahí que, a criterio de los médicos de este Organismo Nacional, la atención brindada a V1 en dicha unidad fue la adecuada.

112. El 11 de diciembre de 2013, dada la estabilidad que presentaba V1, fue trasladada a la UMAE en Obregón, Sonora, a fin de que se continuara con manejo especializado y en su caso, fuera valorada por cirugía de tórax.

113. Este Organismo Nacional no pasa desapercibido que del escrito de queja presentado por V2, manifestó lo siguiente:

“(...) el 31 de octubre de 2013 [V2] ^{Narración de Hechos} de [V1] se da cuenta que está siendo sacada del cuarto [UCI] para llevarla a piso, le preguntó a [SP13] por qué se la llevan y le contesta ‘por órdenes de [AR18]’, en ese momento [SP8] le comenta al otro camillero [SP13] (...) que el tanque de oxígeno está vacío y le contesta, no hay problema, si aguanta está cerca, así que únicamente los camilleros trasladan a [V1] seguidos por [V2], (...) el camillero [SP13] le dice que no puede

seguirlos (...) los sigue, al llegar a piso (...) se da cuenta que [V1] tiene [REDACTED] y [REDACTED], (...) después de varios minutos logran conectarla a la toma de oxígeno de una de las camas, le avisan a [AR18] (...) la desconecta y la regresan a UCI, durante el recorrido de UCI a piso únicamente los dos camilleros iban con [V1], ningún médico, enfermera o personal de apoyo iba acompañándola (...) después de este percance [REDACTED] [REDACTED] [AR18] [REDACTED], el Dr. (...) manda a realizar un encefalograma y nos comenta que efectivamente [REDACTED] [REDACTED], al comentarle esto a [AR18] (...) dice que (...) está equivocado que no es representativo hacerle un estudio de este tipo a un paciente sedado, volvemos con el Dr. (...) dice que para hacer el estudio dejaron sin sedante a [V1] el tiempo que marca el protocolo, por lo que dicho estudio si es efectivo (...)."

114. Al respecto los médicos de este Organismo Nacional establecieron que causa confusión y sospecha el que no haya evidencia médica de quién, cuándo, a qué hora, cómo, en qué condiciones, de qué forma y qué personal médico, de enfermería y camilleros acompañaron a esta V1 de la UCI a piso de medicina interna, lo que se afirma debido a que una enfermera del turno vespertino reportó "(...) recibo [REDACTED] [REDACTED] (...)", de lo que se infiere que V1 quedó sin vigilancia ni manejo médico de las 17:00 a las 19:00 horas del 31 de octubre de 2013.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

115. Derivado de lo anterior, el personal del que se desconoce su nombre incumplió con la Ley General de Salud al haber omitido el manejo de la urgencia, así como con el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que precisa que los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores, al igual que las enfermeras, personal de servicios auxiliares y demás que intervengan en el manejo del paciente.

116. También se estableció que desde el punto de vista médico forense (sic), no hubo elementos para establecer que derivado de la dificultad respiratoria, disnea, taquipnea, hemoptisis, hipertermia, diaforesis, edema de pulmón, se haya provocado a V1 un deterioro severo grave e irreversible, debido a que de la hoja de enfermería de 1 de noviembre de 2013, se le reportó a V1 con apertura ocular espontánea, orientada, obedeciendo órdenes (escala de coma de Glasgow), neurológicamente íntegra, con oxígeno en mascarilla, e incluso se le brindó apoyo psicológico, lo que significa que no presentaba un estado de coma o vegetativo o de inconsciencia.

117. Con motivo de los hechos que anteceden este Organismo Nacional solicitó un informe al IMSS, por lo que se recibió el oficio 095217614BB1/1741 de 9 de octubre de 2014, del cual se desprende que SP13 tiene cargo de “Auxiliar de Servicios de Intendencia”, y quien en relación al traslado interno de V1 de la UCI a piso de medicina interna acontecido el 31 de octubre de 2010, manifestó:

*“En contestación a la queja administrativa realizada por [V2] (...) en esa fecha estaba fungiendo como camillero ya que soy personal 08 y cubría vacaciones. Se **me pidió que trasladáramos del área de***

UCI al área de Hospital [a V1] en compañía del camillero [SP8] y la enfermera correspondiente (...). Ya que (...) nos regimos por metas internacionales para la seguridad del paciente 'IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES, REDUCIR EL RIESGO DE PACIENTES POR CAUSAS DE CAÍDAS'. Dice [V2] que nosotros conectamos la manguera de oxígeno al respirador, siendo que en ningún momento hicimos eso, ya que no nos corresponde, sino el personal de enfermería o médico ya que ellos son los capacitados. Inclusive el familiar [V2] venía interfiriendo en nuestras labores y no nos permitía avanzar con facilidad y portándose en un estado prepotente (...).

(Énfasis añadido)

118. El Contrato Colectivo de Trabajo 2013-2015 del IMSS, en el capítulo 3 "Profesiograma"²², especifica las actividades que le corresponden al "Auxiliar de Servicios de Intendencia", de entre las que destaca "(...) Traslada enfermos o cadáveres en camillas, camas de mano o manualmente en ambulancias o dispositivos hospitalarios (...)".

119. Si bien es cierto una de las actividades inherentes al cargo de SP13 se refiere al traslado y movilización de los enfermos, también lo es que dicha actividad conlleva riesgos tanto para el paciente como para el personal que lo realiza, al versar en procedimientos en los que se debe atender la patología y el estado de inestabilidad que atraviese la persona, por lo que se quiere contar con

²² Se refiere a las actividades a realizar por el personal de cada categoría.

capacitación necesaria para realizar adecuadamente esas funciones en coordinación con el personal de enfermería responsable.

120. Debido a que de las evidencias con que se cuenta, no se advirtieron notas médicas, de enfermería o algún informe que corrobore las condiciones en que se verificó el traslado de V1 de la UCI a medicina interna en la fecha indicada, se deberá investigar dicho suceso para deslindar las responsabilidades correspondientes.

❖ Atención médica de V1 en la UMAE en Obregón, Sonora, del 11 de diciembre de 2013 al 4 de febrero de 2014

121. El 11 de diciembre de 2013, V1 fue recibida en la UMAE en Obregón, Sonora, procedente del HGZ-1 con diagnósticos de *“TB pulmonar, Pble granulomatosis de Wegener, Bula Pulmonar. Insuficiencia Renal Aguda”*, la paciente permaneció en la UCI de dicho nosocomio cincuenta y cuatro días, con manejo multisoporte, multiorgánico, hematoinfeccioso, cardioventilatorio, gastronomía y multidisciplinario; asimismo, se notificó el caso particular a las autoridades epidemiológicas conforme a la NOM-006-SSA2-2013, *“Para la prevención y control de la tuberculosis”*.

122. El 17 de diciembre de 2013, el servicio de cirugía cardiotorácica determinó que V1 no era candidata a tratamiento quirúrgico a fin de que se le drenara la bula pulmonar que presentaba, por lo que el 6 de enero de 2014, el servicio de gastrostomía ordenó su egreso por máximo beneficio a hospitalización.

123. El 8 de enero de 2014, V1 ingresó a medicina interna, donde permaneció cerca de veintiséis días y fue diagnosticada con [REDACTED], estado

[REDACTED] confirmada por tomografía de cráneo, el 10 de enero de 2014], [REDACTED] [REDACTED] servicio médico en el que se le estabilizó y trató multidisciplinariamente, por lo que el 4 de febrero de 2014, fue egresada por máximo beneficio y trasladada al HGZ-1 para continuar con su manejo.

124. Por lo que, en opinión de los médicos de este Organismo Nacional, la atención médica brindada a V1 fue adecuada al haberse valorado multidisciplinariamente, con tratamiento multisistémico y multiorgánico, lo que permitió que evolucionara satisfactoriamente hasta ser egresada a su unidad de adscripción HGZ-1 por máximo beneficio.

❖ **Atención médica (reingreso) en la UCI del HGZ-1 de 4 de febrero al 31 de octubre de 2014.**

125. El 4 de febrero de 2014, V1 reingresó al servicio médico de urgencias proveniente de la UMAE, en Obregón, Sonora, por mejoría y máximo beneficio con diagnósticos de [REDACTED] [REDACTED]”, mismo día en que ingresó al servicio de medicina interna donde permaneció doscientos sesenta y nueve días.

126. V1 recibió atención y manejo multidisciplinario, lo que logró mejorar su estado de salud, se le estabilizó hemodinámica, metabólica y bioquímicamente, por lo que el 27 de febrero de 2014, se decidió su egreso, sin embargo, sus familiares no lo aceptaron a pesar de que se les explicó los riesgos de que adquiriera infecciones nosocomiales por permanecer hospitalizada sin justificación médica, por ende V1 continuó con una atención multidisciplinaria, hasta las 06:20 horas del 31 de

octubre de 2014 cuando lamentablemente falleció, considerando los médicos de esta Comisión Nacional que la atención médica brindada a V1 en este período fue adecuada.

B. DERECHO A LA VIDA.

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

128. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) [REDACTED] (...) [REDACTED] (...) [REDACTED] (...) [REDACTED] (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)”*²³

(Énfasis añadido).

129. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la

²³ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, Enero de 2011, Pág. 24.

Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

130. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido que “(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)”²⁴, asimismo “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)”²⁵.

131. Este Organismo Nacional ha sostenido que “*existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica*

²⁴ CrIDH. Caso *Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Párrafo 144.

²⁵ CrIDH. Caso *Familia Barrios vs. Venezuela*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

*adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes*²⁶.

132. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por personal médico del HGZ-1, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

B.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA VIDA DE V1.

133. De las evidencias analizadas, se advirtió que V1 ingresó al servicio médico de urgencias del HGZ-1 el 9 de octubre de 2013 con diagnóstico de *“Colitis espástica con diarrea, anemia, trombocitosis esencial, ascitis, derrame pleural, descartar enfermedad inflamatoria intestinal del tipo CUCI, (...) neoplasia”*, sin que los médicos tratantes hubieran indicado o corregido el derrame pleural que presentaba, padecimiento que igualmente pasó desapercibido por el área de ginecología y de cuidados intensivos, lo que trajo como consecuencia el detrimento progresivo en la salud de V1, que lamentablemente le provocó su deceso a **FECHA DE DEFUNCIÓN**

134. Ciertamente V1 fue referida a un hospital de tercer nivel UMAE en Obregón, Sonora, donde recibió atención integral y fue diagnosticada con **[REDACTED]**
[REDACTED]
[REDACTED] y dada su mejoría reingresó al HGZ-1, donde fue atendida

²⁶ CNDH. Recomendación 75/2017. Párrafo 61.

multidisciplinariamente, pese a ello, en opinión de los médicos de esta Comisión Nacional, su estancia intrahospitalaria prolongada, su postración en cama por su estado neurológico (██████████) y malnutrición, le condicionó mayor vulnerabilidad a las infecciones nosocomiales aunado a que el uso generalizado de antimicrobianos le causó resistencia, lo que fomentó la colonización bacteriana y le produjo infección sistémica, factores que contribuyeron a su desafortunado deceso.

135. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15 y AR16 omitieron protocolizar y tratar en tiempo y forma el derrame pleural que presentó V1, motivo por el cual SP1 la derivó al servicio médico de urgencias, aunado a que AR8 la operó sin haber corregido el mismo y sin haber confirmado su diagnóstico de ‘██████████’, lo que en opinión de los médicos de este Organismo Nacional, trajo como consecuencia el avance de la historia natural de la tuberculosis miliar y con ello la afectación al derecho de protección a la salud de V1, por lo que dichos profesionistas incumplieron con su deber de garantizar calidad y oportunidad en la atención médica brindada.

136. Respecto a los médicos del área de urgencias AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 que atendieron a V1 del 9 al 11 de octubre de 2013, omitieron protocolo de estudio para el manejo del derrame pleural, lo que originó diagnósticos equivocados que se tradujeron en una inadecuada atención médica para V1, con lo cual provocaron confusión a sus familiares, y no obstante que tenían obligación de estabilizar a la paciente, AR7 el 11 de octubre de 2013, ordenó su egreso a pesar de que presentaba ‘██████████’, lo que trajo como consecuencia que tres días posteriores reingresara por dificultad respiratoria.

137. AR8 el 17 de octubre de 2013, intervino a V1 quirúrgicamente sin protocolo de estudio, ni valoraciones pre-quirúrgicas y con un derrame pleural no protocolizado ni corregido; asimismo, le extirpó precipitadamente el útero y los ovarios, y a pesar de que localizó en la cavidad de V1 [REDACTED]” no tomó las muestras para determinar su patología.

138. Aun sin contar con el resultado de histopatología de las muestras extirpadas a V1, el 18 de octubre de 2013, AR8 le indicó que buscaría el [REDACTED] ordenó una biometría hemática de control, una “*endoscopia y colonoscopia*”, las cuales al igual que los resultados de las muestras enviadas a patología el día anterior, resultaron negativas a malignidad, lo que evidencia su mala práctica, sin dejar de considerar que a partir del 25 de octubre de ese año, dejó de supervisar a V1 a pesar de las complicaciones que presentó con motivo de su intervención.

139. Se acreditó la “*mala praxis*” de AR9, AR10 y AR11, debido a que posterior a la cirugía realizada a V1, la reportaron con disminución de la [REDACTED]”, sin que realizaran la adecuada semiología de dicha situación, aunado a que también pasaron desapercibido el derrame pleural que ella cursaba.

140. AR12 realizó procedimiento de [REDACTED] a V1 el 22 de octubre de 2013, sin que enviara una muestra a patología para establecer su etiología, asimismo le retiró la sonda endopleural, lo que provocó que el 27 de ese mismo mes y año fuera intervenida por AR16, quien le colocó sello de agua urgente ante el derrame pleural de más del 80% del pulmón derecho que V1 presentó.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

141. No pasó inadvertida la falta de sensibilidad y profesionalismo con que se condujo AR12 el 28 de octubre de 2013, cuando informó a V1 y a sus familiares que, aunque no estaba documentado, la paciente presentaba cáncer abdominal con siembras por todos lados inclusive en Narración de Hechos datos totalmente contrarios a los resultados reportados por patología el 24 y 25 de ese mismo mes y año.

142. AR13, AR14 y AR15 indicaron que V1 presentaba deterioro respiratorio con repercusión ventilatoria, y no obstante ello, omitieron solicitar interconsulta urgente por medicina interna o terapia intensiva, lo que aunado a las omisiones en que incurrió AR12, provocó que AR16 interviniera quirúrgicamente a V1 el 27 de octubre de 2013.

143. No obstante que AR16 le colocó a V1 un sello de agua ante el derrame pleural de más del 80% del pulmón derecho que comprometía su salud, dicho profesionalista omitió su valoración preoperatoria por medicina interna, no solicitó una gasometría arterial y oximetría de pulso y tampoco envió a patología la muestra de líquido pleural para determinar su origen y en el postoperatorio no indagó la razón por la cual la paciente presentó expectoraciones con espuma color salmón, taquicardia y saturaciones del 80%, aunado a que al haberle drenado mayor cantidad de líquido pleural a la recomendada, puso en ese momento en riesgo la vida de V1.

144. Es así como AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15 y AR16 vulneraron el adecuado cumplimiento de sus funciones médicas al omitir la apropiada prestación del servicio a que estaban obligados a proporcionar, lo que evidenció el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión, ya que estaban obligados a identificar y valorar

oportunamente los síntomas de V1 para determinar un diagnóstico que permitiera la indicación de tratamiento adecuado, así como apearse a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica para no incurrir en acciones o conductas omisas, lo que trajo como consecuencia que V1 lamentablemente perdiera la vida, por tanto los médicos citados incumplieron con los artículos 48 y 138 Bis del Reglamento de la Ley General de Salud, de los que deriva la responsabilidad del médico como del equipo multidisciplinario que coadyuvaron en su ejercicio de atención a la salud a los pacientes, quienes tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea.

145. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15 y AR16 también omitieron realizar una adecuada exploración física a V1 para determinar la etiología de su padecimiento, ya que debieron solicitar radiografía y/o tomografía de tórax a fin de valorar el derrame pleural que presentaba y establecer si ameritaba o no su drenaje con el envío de muestras al laboratorio para identificar si se trataba de un [REDACTED], un [REDACTED],²⁸ su origen y con ello brindarle un diagnóstico certero con tratamiento oportuno, por lo que al no hacerlo incumplieron con la Guía de Práctica de Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural, en la que se mencionan que las pruebas diagnósticas en los pacientes con derrame pleural fundamentalmente consisten en estudios de gabinete como [REDACTED]), [REDACTED] y en algunos casos ultrasonido torácico, toracocentesis, pruebas de laboratorio

²⁷

Las causas más frecuentes de exudados son [REDACTED].

²⁸

Las causas más frecuentes de trasudados [REDACTED]

que van desde el aspecto del líquido pleural, su estudio citológico y bioquímico hasta cultivos y determinación de pruebas específicas.

146. Por lo que transgredieron los artículos 7 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas IMSS, que establecen que los médicos serán directa e individualmente responsables de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores, por lo que están obligados a procurar un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad y acordes al conocimiento científico vigente, lo que en el caso concreto no aconteció ante las irregularidades descritas, con lo que impidieron la efectividad del derecho a la protección a la salud de V1 y que trajo como consecuencia que desafortunadamente perdiera la vida.

147. 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 las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restablecer la salud de las personas. En el presente caso los médicos involucrados del HGZ-1 omitieron considerar el interés superior de la paciente y recabar con la diligencia que ameritaba el caso, el estudio de gabinete, radiografía de tórax y las pruebas diagnósticas señaladas; omisiones que provocaron el deterioro irreversible en la salud de V1, quien al haber permanecido postrada en cama la condicionó para adquirir múltiples procesos infecciosos que provocaron una infección sistémica que derivó en su lamentable fallecimiento.

148. 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 Unidas²⁹. 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.

149. 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”*, en especial, en relación a la meta 3.3., cuya misión es: *“Poner fin a las epidemias (...), la tuberculosis, (...) y otras enfermedades transmisibles (...).”*

150. 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; por un lado con los avances tecnológicos y científicos se han obtenido progresos en relación al aumento de la esperanza de vida, así como la reducción de algunas de las causas de muerte relacionadas con la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, sin embargo, se requiere reforzar los servicios hospitalarios para hacer frente a este tipo de enfermedades.

151. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15 y AR16 vulneraron los derechos a la

²⁹ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

protección de la salud y a la vida de V1 previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, 4, párrafo cuarto constitucionales; 1, 2, fracciones I, II 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-004-SSA3-2012, NOM-017-SSA2-2012, NOM-006-SSA2-2013, NOM-027-SSA3-2013 y NOM-025-SSA3-2013.

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

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

153. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico” establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el*

³⁰ 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, párrafo 9. párr. 12, inciso b, fracción IV.

estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”.

154. 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 recibida.³¹

155. 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.³²

³¹ CNDH. Recomendación General 29/2017. SOBRE EL EXPEDIENTE CLÍNICO COMO PARTE DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD.

³² CNDH. Recomendación General 29/2017. Ídem. párrafo 34.

156. Por lo que se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de V1 que fueron enviadas a este Organismo Nacional con motivo de la queja interpuesta por V2.

C1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

157. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió que en diversas notas médicas y de evolución respecto a la atención médica brindada a V1 que fueron suscritas por AR3, AR4, AR5, AR6, AR11, AR12, AR14, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22 y AR23 omitieron asentar su nombre completo, cargo, rango, matrícula y/o cédula profesional; aunado a que en su mayoría son ilegibles y presentan abreviaturas, por lo que dichos profesionistas infringieron los lineamientos del punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012 que establece: *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables (...)”*, así como el diverso 5.11 que ordena: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)”*.

158. AR8 omitió realizar a V1 una adecuada historia clínica y exploración física, con lo que contravino los puntos 6.1 y 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012, en los que se especifican los requerimientos para su realización; igualmente incumplió con los puntos 10.1, 10.1.1.8, 10.1.1.10, de la referida Norma Oficial Mexicana y con el artículo 51 Bis 2 de la Ley General de Salud, en los que se establece lo referente al consentimiento informado, ya que de las evidencias con que se cuenta, se advirtió que la *“carta de consentimiento informado”* con motivo de la

intervención quirúrgica a que sometió a V1 el 17 de octubre de 2013, carece de la anotación relativa al nombre completo y firma de los dos testigos, en el rubro del nombre de la paciente, sólo está una firma, así como tampoco contiene la explicación de los riesgos y beneficios del acto médico autorizado.

159. Respecto a las notas de enfermería realizadas con motivo de la cirugía practicada a V1 el 27 de octubre de 2013 por AR16, se advirtió que no se estableció el momento en que V1 presentó [REDACTED] ni lo ocurrido de las 16:40 horas, cuando terminó la colocación del sello de agua a V1 hasta las 20:20 horas que egresó de la sala quirúrgica, ni *habitus* exterior, gráfica de signos vitales, ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía; por lo que el personal del que se desconoce su nombre, incumplió con el punto 9.1. de la citada Norma Oficial Mexicana.

160. Tampoco obra nota médica en la que se especifique las condiciones en que personal del HGZ-1 trasladó a V1 de la UCI a piso de medicina interna el 31 de octubre de 2013, por lo que tanto el personal médico como de enfermería de quienes se desconoce su nombre incumplieron con los puntos 5.8, 5.9, 5.10, 8, 8.1. y 10 de la NOM-004-SSA3-2012.

161. Respecto a la “*nota de evolución*” de las 14:32 horas de 14 de octubre de 2013, suscrita por una doctora, quien omitió asentar cédula profesional, matrícula, cargo o especialidad, se advirtió que en lugar de escribir el nombre de V1, escribió el de la hermana de la paciente, por lo que vulneró los puntos 5.1., 5.2 y 5.9 de la multireferida Norma Oficial Mexicana, al generar incertidumbre en la integración del expediente más aun cuando es un referente en la atención médica.

162. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de 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.

163. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se 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.

164. 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.

165. En la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”³³, 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 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.”

166. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22 y AR23 incumplieron las obligaciones contenidas 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.

³³

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

D. RESPONSABILIDAD.

167. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15 y AR16, provino de la falta de diligencia con la que se condujeron dichos servidores públicos en la atención médica proporcionada a V1 como quedó acreditado con las conductas y omisiones descritas en la presente Recomendación, lo cual derivó en la violación al derecho a la protección de la salud y a la vida de V1.

168. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V1, igualmente constituyen responsabilidad para AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22 y AR23, quienes infringieron los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, respecto a la elaboración de las notas médicas y de enfermería, integración de la historia clínica y exploración física de V1, así como la falta de notas médicas como quedó acreditado.

169. 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 AR3, AR4, AR5, AR6, AR8, AR11, AR14, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22 y AR23 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 AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR13, AR14, AR15, AR16 y demás personal que resulte responsable con motivo de la atención médica proporcionada a V1. Finalmente, se deberá dar seguimiento a la Causa Penal que se sigue en contra de AR8 y AR12 ante un Juzgado de Distrito con residencia en La Paz, Baja California Sur.

E. REPARACIÓN DEL DAÑO.

170. 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.

171. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción

VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, 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 y pérdida de la vida de V1, se deberá inscribir a V1, V2, V3, V4 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

172. 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.

173. 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.”³⁴

174. 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 [...].*”³⁵

175. No se omite señalar que este Organismo Nacional sostuvo múltiples reuniones de trabajo con el IMSS en diversas fechas, a fin de tratar el presente asunto en virtud de que la Comisión Bipartita de dicha Institución resolvió improcedente la solicitud de indemnización, atención médica para V1, y pensión para V4. Derivado de lo anterior existieron pláticas del personal del IMSS y la

³⁴ CrIDH. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

³⁵ CrIDH. “*Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras*” Sentencia del 29 de julio de 1988, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafo 175.

Representante Legal de la familia de V1, sin que se haya concretado propuesta alguna. por lo cual en el presente caso, esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Rehabilitación

176. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2, V3 y V4, la atención psicológica y tanatológica en caso de que lo requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su total sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V1 que derivó en su lamentable fallecimiento.

177. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, 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.

178. Debido a que V4 padece diabetes mellitus, deberá brindarle con carácter vitalicio la atención médica, hospitalaria, psicológica, farmacéutica y auxiliares de diagnóstico 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

179. 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 V1 que derivaron en la desafortunada pérdida de su vida, y en contra de los servidores públicos a que se refiere el párrafo siguiente.

180. Como quedo establecido, esta Comisión Nacional presentará queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR3, AR4, AR5, AR6, AR8, AR11, AR12, AR14, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22 y AR23 a fin de que se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda por la responsabilidad administrativa en la que hayan incurrido; asimismo, se formulará denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR13, AR14, AR15, AR16 y demás personal que resulte responsable por la comisión de delitos en las que hayan incurrido con motivo de la atención médica proporcionada a V1.

181. Por otra parte, deberá darse seguimiento a la Causa Penal que se sigue en contra de AR8 y AR12 ante un Juzgado de Distrito con residencia en La Paz, Baja California Sur, por lo que este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la Procuraduría General de la República, para que en vía de colaboración y por su amable conducto, el agente del Ministerio Público adscrito al Juzgado de Distrito la integre a la Causa Penal correspondiente.

182. Las autoridades administrativas y ministeriales encargadas de realizar las investigaciones correspondientes, deberán tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación, que son útiles para la determinación de las responsabilidades de los servidores públicos involucrados en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V1.

183. Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el IMSS, así como de la Procuraduría General de la República y del Juzgado de Distrito, se deberá anexar copia de la presente Recomendación, en los expedientes laborales de los servidores públicos involucrados.

iii. Garantías de no repetición

184. 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 un mes, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos y “*mala praxis*” a todo el personal del HGZ-1, así como la debida observancia y el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012, NOM-017-SSA2-2012, NOM-006-SSA2-2013, NOM-027-SSA3-2013 y NOM-025-SSA3-2013, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos.

185. Los manuales y contenido de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

186. Se deberá emitir en el término de un mes, una circular en la que se instruya a los servidores públicos del HGZ-1 a fin de que adopten medidas efectivas de

prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

187. También deberán emitir en el término de un mes, otra circular dirigida al personal médico del HGZ-1, en la que se les exhorte entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten su actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con diligencia. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley³⁶, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

iv. Compensación

188. 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 los familiares de V1 que conforme a derecho corresponda, derivado de la afectación a su salud que la mantuvo postrada más de un año con daño cerebral y que derivó en la desafortunada pérdida de su vida.

³⁶

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.

189. Este Organismo Nacional no pasa desapercibido que el 15 de diciembre de 2017, V2 informó que la Unidad Jurídica del IMSS determinó otorgarle una cantidad por concepto de reparación integral del daño, sin que V2 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 V2, V3 y V4 con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del HGZ-1 involucrado en los hechos, derivada de la violación a los derechos humanos precisados en la presente Recomendación, que propició la pérdida de la vida de V1, conforme a la Ley General de Víctimas, en las que se incluya una compensación justa y suficiente, atención médica, psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas, así como se otorgue a V4 con carácter vitalicio, la atención médica, hospitalaria, psicológica, farmacéutica y auxiliares de diagnóstico 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, y

se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Diseñar en el término de un mes un curso integral de capacitación a todos los servidores públicos adscritos al HGZ-1, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos y “*mala praxis*”, así como del manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas señaladas en la presente Recomendación. De igual forma, los manuales y el contenido de los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. 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 del HGZ-1, 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.

CUARTA. Se giren las instrucciones respectivas para que en el término de un mes se emita una circular dirigida al personal médico del HGZ-1, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas de conformidad a las disposiciones de la Secretaría de Salud, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes, para brindar un servicio

médico adecuado para atender casos similares al presente, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. 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 médico personal involucrado en la atención de V1, 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.

SEXTA. 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 del personal médico involucrado y quien resulte responsable, y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las constancias que acrediten dicha colaboración.

SÉPTIMA. Inscribir a V1, V2, V3 y V4 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.

OCTAVA. 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.

NOVENA. Designar al servidor público 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.

190. 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.

191. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a ustedes 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.

192. Con el mismo fundamento jurídico, les 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.

193. 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 expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ