



RECOMENDACIÓN No. 73/2018

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 25 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN IZTAPALAPA, CIUDAD DE MEXICO.

Ciudad de México, a 19 diciembre de 2018

**LICENCIADO GERMÁN MARTÍNEZ CÁZARES.
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46, y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128, a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/5/2016/5690/Q, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78, párrafo uno, parte segunda, y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 3, 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. La 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 compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.¹

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas dependencias, lugares, cargos, leyes y otros se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

NOMBRE	CLAVE
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Hospital General Regional número 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Iztapalapa, Ciudad de México.	Hospital General 25
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Laparotomía exploradora	LAPE
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 "Del Expediente Clínico"	Norma Oficial 4
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital General Regional número 25 del IMSS en Iztapalapa, Ciudad de México.	Unidad de Cuidados Intensivos

I. HECHOS

4. El 18 de julio de 2016, Q presentó queja ante este Organismo Nacional en virtud de que el 5 de ese mes y año V ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General 25 por un dolor abdominal y evacuaciones diarreicas.

5. En dicho escrito señaló que al momento del ingreso de V al servicio de Urgencias del citado Hospital General 25, se le diagnosticó con probable íleo² por

¹ Glosario de algunas claves para su mejor comprensión: V-Víctima; AR-Autoridad Responsable; SP-Servidor Público.

² Obstrucción gastrointestinal en la que se impide que el material digerido se elimine.

medicamentos, hipertensión arterial sistémica, desequilibrio hidroelectrolítico leve, por lo que se le realizaron estudios de laboratorio y, el 6 de julio de 2016, fue valorado por la especialidad de Cirugía General de ese nosocomio, sin encontrar datos de urgencia quirúrgica, sin embargo, ese mismo día la médico de urgencias revaloró a V diagnosticándolo con oclusión intestinal³ y lo refirió al servicio de Cirugía General de dicho hospital.

6. El 7 de julio de 2016, V ingresó al servicio de cirugía general de ese nosocomio con el mismo diagnóstico de oclusión intestinal, indicándole tratamiento conservador a base de medicamentos. El 14 de ese mes se le realizó una tomografía que evidenció la presencia de derrame pleural bilateral,⁴ dilatación de asas intestinales de delgado y grueso, niveles hidroaéreos, y continuó con el tratamiento antes referido.

7. El 19 de julio de 2016 V fue intervenido quirúrgicamente mediante una laparotomía exploradora, detectando la presencia de enfermedad diverticular⁵ complicada, perforada y sellada, así como peritonitis⁶ purulenta, por lo que se le realizó sigmoidectomía⁷ con colostomía, lavado y drenaje de cavidad, después ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos.

8. El 22 de julio de 2016, V fue sometido a un lavado quirúrgico con remodelación de estoma,⁸ siendo que el 29 del mismo mes y año se le diagnosticó neumonía asociada a la ventilación mecánica que se le suministró; posteriormente, el 7 de agosto de 2016, egresó de dicha Unidad de Cuidados Intensivos e ingresó a servicio de medicina interna del mismo Hospital General 25, donde el 12 de agosto fue valorado

³ Afección gastrointestinal en la que se impide que el material digerido se elimine normalmente a través del intestino.

⁴ Acumulación de líquido entre los tejidos que recubren los pulmones y el tórax.

⁵ Formación de bolsas o sacos inflamados en el tracto digestivo.

⁶ Inflamación del peritoneo, la membrana serosa que recubre parte de la cavidad abdominal y vísceras.

⁷ Extirpación quirúrgica.

⁸ Apertura quirúrgica creada en el intestino grueso que permite la retirada de excrementos del cuerpo, evitando el recto, drenándose en una bolsa u otro mecanismo similar.

por la especialidad de coloproctología y cirugía general, indicando que requería una cirugía quirúrgica para remodelación de estoma.

9. El 17 de agosto de 2016, V presentó paro cardiorrespiratorio y a las 7:45 horas falleció.

10. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente CNDH/5/2016/5690/Q, y para documentar las violaciones a derechos humanos se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

11. Escrito de queja presentado por Q el 18 de julio de 2016 ante este Organismo Nacional.

12. Certificado de defunción de V del 17 de agosto de 2016, en el que se señala como causas de muerte: “acidosis respiratoria⁹, insuficiencia respiratoria, neumonía nosocomial, insuficiencia cardíaca compensada, hipertensión arterial sistémica.”

13. Oficio 095217614BB1/2198, de 29 de septiembre de 2016, por el que la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, adjuntó copia de la siguiente documentación:

13.1. Oficio 36.01.60.2000/GMH/284, 28 de septiembre de 2016, que contiene el resumen clínico de la atención médica brindada a V en el Hospital General 25, signado por la encargada de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas del IMSS.

⁹ Cuando los pulmones no pueden eliminar suficiente dióxido de carbono producido por el cuerpo.

13.2. Resumen médico elaborado por la encargada de la Subdirección de Servicios de Prestaciones Médicas del IMSS, en el que se precisó la atención que se brindó a V.

14. Oficio 095217614BB1/2344, de 14 de octubre de 2016, por el cual la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS adjuntó copia del expediente clínico de V, del cual destacan diversas notas médicas vinculadas con la atención que se le brindó en el Hospital General 25.

15. Dictamen Médico del 30 de abril de 2017, elaborado por una especialista de esta Comisión Nacional respecto de la atención brindada a V en el Hospital General 25.

16. Oficio 095217614BB1/3310, de 21 de diciembre de 2017, mediante el cual la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS informó que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico determinó improcedente la queja médica.

17. Acta Circunstanciada del 12 de diciembre de 2018 elaborada por personal de este Organismo Nacional en el que se hizo constar la llamada telefónica sostenida con Q, para conocer si interpuso alguna acción legal en contra del IMSS por el fallecimiento de V, indicando al respecto que no.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

18. El 5 de julio de 2016 V ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General 25, al día siguiente se le diagnosticó oclusión intestinal (afección gastrointestinal en la que se impide que el material digerido se elimine normalmente a través del intestino); el 7 de ese mes y año lo refirieron al servicio de cirugía general de ese nosocomio. Posteriormente, el 17 de agosto de 2016 falleció por acidosis respiratoria, insuficiencia respiratoria, neumonía nosocomial, insuficiencia cardiaca compensada e hipertensión arterial sistémica.

19. La Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS resolvió, el 20 de septiembre de 2016, como improcedente la queja médica iniciada con el número de expediente QD/NORTEDF/0641-7-2016.

20. A la fecha de la emisión de esta Recomendación no se cuenta con evidencia que permita acreditar la existencia de alguna carpeta de investigación ante la autoridad ministerial correspondiente por el fallecimiento de V.

IV.OBSERVACIONES.

21. El análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2016/5690/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por esta Comisión Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por inadecuada atención médica y a la vida en agravio de V, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, de acuerdo a las siguientes consideraciones.

A. Derecho a la Protección de la Salud.

22. La protección de la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.¹⁰

23. El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección a la salud. El Estado mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se obliga a reconocer el derecho a salud en su sistema político

¹⁰ CNDH. Recomendaciones 1/2018 párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

y ordenamiento jurídico nacional, *“de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población.”*¹¹

24. El artículo 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, señala que: *“...la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*

25. En este sentido, el 23 de abril de 2009, esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General 15, *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se afirmó que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.¹²

¹¹ Tesis Constitucional. “Derecho a la Salud. Forma de cumplir con la Observación General número 14 del Comité de los Derechos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, para garantizar su disfrute”; Semanario Judicial de la Federación, octubre de 2013, registro 2004683 y Tesis constitucional y administrativa. “Derecho a la Salud. Su regulación en el artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su complementariedad con los Tratados Internacionales en Materia de Derechos Humanos”. Semanario Judicial de la Federación, julio de 2008, registro 169316.

¹² CNDH. Recomendaciones 1/2018, párr. 20; 56/2017, párr. 45; 50/2017, párr. 25; 66/2016, párr. 31 y 14/2016, párr. 31

26. La Suprema Corte de Justicia de la Nación en la tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección,¹³ expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo esta como “la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente.”

27. Para garantizar la 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 Unidas.¹⁴

28. 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.

29. 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”.

30. En el presente caso, el 5 de julio de 2016, a las 18:55 horas, V ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General 25 por dolor abdominal y evacuaciones diarreicas que previamente le habían sido tratadas con fármacos por un médico particular, indicando que desde hacía 48 horas no evacuaba y presentaba vómito de contenido alimentario, por lo que la médico familiar del área de Urgencias del Hospital General 25 le diagnosticó probable íleo por medicamentos e hipertensión arterial sistémica.

¹³“Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.” Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530. CNDH. Recomendaciones 1/2018, párr. 21; 56/2017, párr. 46; 50/2017, párr. 26; 66/2016, párr. 32 y 14/2016, párr. 32.

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

Posteriormente, V fue revalorado por SP1, quien le prescribió colocación de sonda nasogástrica.

31. De acuerdo con lo asentado en el resumen médico elaborado por la encargada de la subdirección médica, el 6 de julio de 2016 V fue valorado por AR5 que indicó que no había datos de urgencia quirúrgica; sin embargo, ese día V también fue revisado por SP2 quien lo diagnosticó con oclusión intestinal y refirió su ingreso al servicio de cirugía general.

32. El 7 de julio de 2016, V ingresó al servicio de cirugía general con diagnóstico de oclusión intestinal, fue valorado por AR2 quien en su nota señaló “...*Rx con datos sugerentes de oclusión intestinal, niveles hidroáereos* (se identifican en la obstrucción mecánica de intestino delgado) *y mala distribución de aire, sin gas distal. Plan: ingresa para vigilancia, con ayuno, SNG* [sonda nasogástrica]”.

33. Respecto de los días 8 y 9 de julio de 2016, no obra en el expediente clínico enviado por el IMSS a este Organismo Nacional constancia alguna de la atención que en esos días se brindó a V por parte de los médicos de cirugía general del Hospital General 25, situación que también observó SP3 en su nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos del 19 de julio de ese año, por lo que en el dictamen emitido por este Organismo Nacional se estableció que se desconoce la evolución y el manejo que personal médico dio de V durante esos días, incurriendo los servidores públicos de dicho nosocomio en una probable falta de atención médica y, consecuentemente, en la inobservancia de la Norma Oficial 4, en sus numerales 5.14 y 8.3 que establecen que el expediente clínico debe integrarse atendiendo a los servicios genéricos de consulta, de especialidad, urgencias y hospitalización y que, por lo menos, una vez al día el médico que atiende al paciente debe elaborar la nota de evolución.

34. Los días 10 y 11 de julio de 2016, V fue valorado por AR1 y AR3 quienes en sus notas médicas señalaron que presentaba oclusión intestinal en remisión con buena evolución clínica, sin embargo, el 12 de ese mes V presentó aumento de dolor abdominal, distensión y vomito de características gástricas, pero al valorarlo AR4 se

limitó a indicar como plan: *“paciente con evolución tórpida, se mantiene en manejo conservador, se espera remisión espontánea”*, sin solicitar la realización de algún estudio, que permitiera dar soporte médico-clínico a su diagnóstico, no obstante que era el séptimo día de V en ese nosocomio y ya estaba diagnosticado con oclusión intestinal.

35. El 13 de julio de 2016, AR4 hizo constar en su nota que V presentó náuseas en dos ocasiones, señalando que *“se manejaran (sic) otras 24 horas con manejo conservador, para valorar pertinencia de tratamiento quirúrgico de acuerdo a hallazgos clínicos el día de mañana”*.

36. El 14 de julio de 2016, V fue revisado por AR5, quien en su nota mencionó que V continuaba con dolor abdominal *“tiene programado el día de hoy TAC [tomografía axial computarizada] simple y contrastado en búsqueda intencionada de causa orgánica de la oclusión intestinal. Pronóstico reservado a evolución. Paciente muy grave.”*

37. El 15 de julio de 2016, AR4 indicó en su nota médica que de los resultados de la tomografía axial computarizada se podía observar *“derrame pleural bilateral, dilatación de asas intestinal de delgado y grueso con niveles hidroaéreos, no se logra delimitar el origen específico”*; y determinó manejarlo con toma de glucosa, electrolitos séricos, solicitando perfil nutricional. En esa nota precisó que V se encontraba muy grave, con alto riesgo de complicaciones, alto riesgo de intervención quirúrgica en las próximas horas y días. No obstante, al día siguiente, es decir, el 16 de julio, AR6 hizo constar en su nota médica que V no presentaba datos de urgencia quirúrgica, se reportaba estable y se continuaría con el mismo manejo médico establecido.

38. El 18 de julio de ese año AR4 determinó como plan a seguir *“Se solicita tiempo quirúrgico para laparotomía exploradora, dada la pobre respuesta al tratamiento conservador”*.

39. El 19 de julio de 2016, en su nota postoperatoria AR4 señaló como diagnóstico postoperatorio que V presentaba *“enfermedad diverticular complicada y sellada, peritonitis purulenta. Operación realizada sigmoidectomía con colostomía, lavado y drenaje de cavidad”*.

40. La médico especialista de esta Comisión Nacional en su dictamen médico refirió que V permaneció 14 días hospitalizado con mejoría intermitente del cuadro de obstrucción intestinal, manejado con tratamiento conservador, manteniéndose en ayuno los primeros tres días y con sonda nasogástrica; no obstante, la bibliografía médica referente al caso establece que ante un cuadro sospechoso de abdomen agudo, teniendo como causal la enfermedad diverticular, el paciente tendrá que ser manejado de forma conservadora durante 24 a 48 horas, si no hubiera respuesta favorable al tratamiento se realizará un estudio tomográfico o ultrasonografía abdominal, y en el caso de que no se tuviera un diagnóstico certero, se deberá optar por el tratamiento quirúrgico (laparotomía exploradora), con la finalidad de evitar mayores complicaciones, procedimientos que los médicos tratantes de V no realizaron debidamente.

41. Lo antes señalado es así, toda vez que del 5 al 19 de julio de 2016, V fue manejado con tratamiento conservador por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, ello a pesar de que durante ese tiempo en diversas notas médicas se hizo constar que presentaba dolor abdominal, distensión y vomito de características gástricas, datos sugerentes a oclusión intestinal, niveles hidroaéreos y mala distribución del aire, sin gas distal, derrame pleural bilateral, síntomas que sugerían que el estado de salud de V se iba agravando, sin que se tomaran mayores medidas que brindarle un tratamiento conservador a base de medicamentos.

42. Fue hasta el 14 de julio de 2016, nueve días posteriores a su ingreso, cuando a V se le realizó una tomografía axial computarizada simple y contrastado, para buscar la causa orgánica de la oclusión intestinal. Al respecto, en el dictamen médico elaborado por la especialista médica de este Organismo Nacional, dicho estudio debió habersele realizado una vez que trascurrieron hasta 48 horas sin que hubiera respuesta favorable al tratamiento, pero de manera indebida pasaron nueve días

para que a V se le realizara la tomografía y se buscara la causa que originaba su padecimiento, situación que contribuyó al deterioro en su estado de salud.

43. El 15 de julio de 2016, AR4 mencionó en su nota médica que la tomografía axial computarizada simple y contrastada que se le realizó a V dio como resultado que presentaba un derrame pleural bilateral, dilatación de asas intestinal de delgado y grueso con niveles hidroaéreos, sin lograr delimitar el origen específico de la oclusión, ante ello decidió tratarlo con toma de glucosa, electrolitos séricos, solicitando perfil nutricional; no obstante, en el dictamen médico realizado por personal de esta Comisión Nacional se menciona que si después del estudio tomográfico o ultrasonografía abdominal no se tuvo un diagnóstico certero, se tendría que haber optado por el tratamiento quirúrgico (laparotomía exploradora), con la finalidad de evitar mayores complicaciones; sin embargo, fue hasta el 19 de julio que se determinó intervenirle quirúrgicamente, transcurriendo así otros cuatro días más, tiempo durante el cual el estado de salud de V continuó deteriorándose.

44. AR4 señaló en la nota postoperatoria del 19 julio de 2016, que el diagnóstico preoperatorio de V era oclusión intestinal y el postquirúrgico fue: *“enfermedad diverticular [Formación de bolsas o sacos inflamados en el tracto digestivo] complicada y sellada, peritonitis [Inflamación del peritoneo, membrana serosa que recubre parte de la cavidad abdominal y vísceras] purulenta. Operación realizada: sigmoidectomía con colostomía, lavado y drenaje de cavidad.”*

45. Posterior a la intervención quirúrgica, V fue admitido en la Unidad de Cuidados Intensivos con los diagnósticos de choque séptico y foco infeccioso, *“Sigmoidectomía, colostomía, enfermedad diverticular complicada, perforada y sellada, peritonitis purulenta (...). Disfunción renal aguda AKIN II. DHE hipokalemia. DAB Ácidos metabólica moderada.”*

46. El 20 de julio de 2016, SP3 también mencionó en su nota que solicitó interconsulta a cirugía general ya que no se descartaba que V presentara isquemia

intestinal¹⁵ o nueva perforación. Ese día, a las 17:07 horas, AR4 valoró a V y señaló *“(...) al momento sin datos de abdomen agudo que amerite tratamiento quirúrgico de urgencia, sin embargo se programará para cirugía para LAPE + colocación de malla a la brevedad.”*

47. El 21 de julio de 2016, SP3 y SP4 indicaron en sus notas que el diagnóstico de V era: *“Pbe. isquemia intestinal vs perforación intestinal”*, motivo por el cual solicitaron la interconsulta al servicio de cirugía general, obteniendo respuesta por parte de esa área hasta el 22 del mismo mes y año a las 11:00 horas.

48. El 22 de julio de 2016, AR4 elaboró la nota postquirúrgica en la que señaló *“Cirugía programada y realizada: LAPE, lavado quirúrgico, remodelación de estoma.”* Ese día V reingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos con ventilación mecánica asistida.

49. El 25 de julio de 2016, SP3 señaló que V continuaba con malas condiciones generales y *“sin plan terapéutico por parte del servicio de C. general (...)”*

50. Del 25 al 28 de julio de 2016, V continuó en la Unidad de Cuidados Intensivos en estado grave, siendo monitoreado por los médicos adscritos a medicina crítica. El 28 de ese mes fue valorado por AR4 quien indicó: *“() no es posible extubarlo se plantea la posibilidad de realizar traqueostomía,, por el momento sin indicación quirúrgica, continuamos con tratamiento establecido.”*

51. El 31 de julio de 2016 en la nota de evolución de jornada acumulada de la Unidad de Cuidados Intensivos se mencionó que V cursaba neumonía asociada a la ventilación de inicio tardío.

52. El 2 y 3 de agosto de 2016, SP3 y SP4 señalaron en sus notas de las 18:00, 21:25 y 16:30 horas que V *“estaba en espera de retiro de drenaje y puntos de sutura por su servicio tratante de C. general.”* *“No había notas de seguimiento por parte del*

¹⁵ Ocurre cuando las arterias de los intestinos se estrechan o se bloquean lo que reduce el flujo sanguíneo.

servicio tratante (cirugía general).” “Sin seguimiento por su servicio tratante de C. general.”

53. El 7 de agosto de 2016, se determinó el egreso de V de la Unidad de Cuidados Intensivos para ingresarlo al área de medicina interna con manejo en conjunto con cirugía general, siendo que en la nota médica de ese día se indicó que estaba pendiente el seguimiento por su servicio tratante de Cirugía General.

54. V ingresó el 8 de agosto de 2016 a medicina interna con los diagnósticos: sepsis¹⁶ de punto de partida abdominal y pulmonar en remisión, probable endocarditis valvular aórtica,¹⁷ neumonía asociada a ventilación mecánica en remisión, insuficiencia cardíaca, post-operado de LAPE con sigmoidectomía [Extirpación quirúrgica] y colostomía, enfermedad diverticular complicada [Formación de bolsas o sacos inflamados en el tracto digestivo].

55. El 9, 10 y 11 de agosto de 2016, SP5 solicitó interconsulta al servicio de cirugía general para establecer la dieta de V y valoración en conjunto, sin obtener respuesta alguna por parte de dicho servicio; el 11 de ese mes V fue valorado por el médico de la especialidad de coloproctología quien en su nota señaló *“Colostomía funcional pero umbilicada y retraída. Se debe programar remodelación de la misma a la brevedad por riesgo de infiltrar material fecal a tejidos blandos.”*

56. Fue hasta el 12 de agosto de 2016, cuando el médico de cirugía general valoró a V refiriendo en su nota que requería remodelación de estoma. Al día siguiente, fue programada la intervención quirúrgica de V; sin embargo, él no aceptó el procedimiento por parte del servicio de cirugía general y solicitó que lo llevara a cabo el médico de la especialidad de coloproctología.

57. En la nota médica del 16 de agosto de 2016, SP6 hizo constar que V dio positivo para E. Coli (bacteria que vive en el intestino) y pseudomona aeruginosa multiresistente (bacteria aeróbica); además, indicó que los resultados de los rayos X

¹⁶ Infección bacteriana en el torrente sanguíneo.

¹⁷ Válvula cardíaca dañada.

practicados el 12 de ese mes y año presentaban infiltrados micronodulares basales derechos (cambios microscópicos en los componentes del tejido), dándole un riesgo quirúrgico de ASA III y Goldman II (instrumentos utilizados para determinar el riesgo cardiaco en una cirugía). Ese mismo día fue valorado por cirugía general indicando que se continuara con el mismo tratamiento antibacteriano ya establecido por medicina interna.

58. El 17 de agosto de 2016, a las 06:45 horas, V tuvo paro cardiorespiratorio, le realizaron maniobras de reanimación, sin embargo, falleció a las 07:15 horas con los diagnósticos de neumonía por psuedomona aeruginosa (bacteria aeróbica), insuficiencia cardiaca congestiva e hipertensión arterial sistémica.

59. En el dictamen médico que emitió la especialista de este Organismo Nacional refirió que tras la cirugía realizada el 19 de julio de 2016, V permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos hasta el 8 de agosto de ese año, donde se le estabilizó hemodinámicamente, se corrigió la falla renal aguda y el choque séptico, llevándolo a mejoría clínica, sin embargo, el servicio de cirugía general que acudió a valorar a V un día después de su ingreso (20 de julio), indicó que no presentaba datos de urgencia quirúrgica, no obstante 24 horas después V presentó agravamiento del cuadro abdominal postquirúrgico, por lo que el 22 de julio de 2016 se le realizó un lavado quirúrgico más remodelación de estoma, reingresando a la citada Unidad.

60. También la médico de este Organismo Nacional señaló que a partir de que V ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos y hasta su egreso, únicamente se encontraron tres notas médicas por parte del servicio de cirugía general, lo que se traduce en una falta de seguimiento por parte de ese servicio, toda vez que se trataba de un padecimiento intestinal complicado, y había sido manejado de primera instancia por cirugía general, por lo que debieron haber continuado vigilandolo y dando seguimiento al estado de salud de V.

61. Aunado a lo anterior, en el expediente clínico que envió el IMSS a este Organismo Nacional, no existe constancia de que el servicio de cirugía general hubiese acudido a valorar a V el 21 de julio de 2016 cuando los médicos de terapia intensiva solicitaron

la interconsulta, tan es así que en la nota médica elaborada ese día, los médicos adscritos a Medicina Crítica y a la Unidad de Cuidados Intensivos mencionaron que el diagnóstico de V era “*Pbe. isquemia intestinal vs perforación intestinal*”, por lo que solicitaron la interconsulta al servicio de cirugía general, quienes hasta el día siguiente, a las 11:00 horas, de forma verbal indicaron que solicitarían tiempo quirúrgico,¹⁸ sin embargo no acudieron a valorarlo para conocer el estado de salud que presentaba V, reafirmando la falta de un seguimiento médico adecuado de su parte.

62. Por otro lado, la especialista médica estableció que el 8 de agosto de 2016, V ingresó a medicina interna permaneciendo 9 días, tiempo durante el cual cursó neumonía asociada a ventilador, pseudomona multirresistente y E. Coli; en este sentido, la pseudomona aeruginosa es el patógeno que comúnmente se aísla en las neumonías asociadas a la ventilación mecánica, y es el causante de una mayor mortalidad entre las infecciones adquiridas en el hospital, en el caso de V la enfermedad que presentó era grave, y al complicarse su estado de salud tuvo que ingresar a terapia intensiva, donde permaneció con ventilación mecánica asistida y con un manejo invasivo, el cual era necesario para atender su estado de salud, sin embargo, el conjunto de esas situaciones lo volvieron vulnerable a la adquisición de la infección hospitalaria y finalmente falleció.

63. A criterio de la especialista de esta Comisión Nacional lo anterior se pudo evitar, si no hubiese habido dilación en el diagnóstico y tratamiento de V por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, médicos adscritos al servicio de cirugía general del Hospital General 25, quienes entre el 6 al 19 de julio de 2016 lo valoraron y lo manejaron con tratamiento conservador, tiempo durante el cual su estado de salud se fue deteriorando, y no obstante que finalmente el 19 de julio de 2016 se le intervino quirúrgicamente, su padecimiento se había complicado, presentando perforación de divertículo,¹⁹ peritonitis purulenta y choque séptico.

¹⁸ Serie de procesos encaminados a organizar el acto quirúrgico en la cirugía.

¹⁹ La perforación siempre está asociada a una alta tasa de mortalidad, presentándose en hasta el 35% de los casos. El tratamiento consiste en la cirugía urgente.

64. Debido a la dilación en el manejo oportuno de la enfermedad de V, se ocasionó que su salud se fuera deteriorando y su padecimiento se complicara, al grado de hacerlo susceptible a infecciones intrahospitalarias como pseudomona multirresistente y E. Coli, situación que se hubiese podido evitar de haber tenido un diagnóstico y tratamiento oportuno.

65. No pasa inadvertido para este Organismo Nacional que en el expediente clínico enviado por el IMSS, no se encontró la nota médica del 24 de julio de 2016 sobre la atención brindada a V, aunado al hecho que diversas notas médicas no tienen hora de realización, carecen del nombre completo del responsable, firmas o tiene anotaciones ilegibles; infringiendo con ello los numerales 5.10, 5.11, de la Norma Oficial 4, que establecen los requisitos que deben tener las notas que integran el expediente clínico de los pacientes, entre otros, fecha, hora, nombre completo de quien la elabora, firma, sin abreviaturas, ser legibles. De manera enunciativa más no restrictiva, se reseñan, entre otras las siguientes:

Evidencia	Nota médica	Omisión	Punto incumplido de la NOM-004-SSA3-2012
13.1	Nota médica de 5 de julio de 2016	Ilegible, abreviaturas y nombre incompleto del médico	5.10 y 5.11
13.2	Nota médica de 6 de julio de 2016	Ilegible y abreviaturas	5.11
13.3	Nota de ingreso a cirugía general de 7 de julio de 2016	Abreviaturas y nombre incompleto del médico	5.10 y 5.11
13.4	Nota de evolución de 10 de julio de 2016	Nombre incompleto del médico	5.10
13.4	Nota de evolución cirugía general de 11 de julio de 2016	Nombre incompleto del médico	5.10
13.4	Nota de evolución cirugía general de 12 de julio de 2016	Nombre incompleto del médico y sin firma	5.10

13.4	Nota de evolución cirugía general de 13 de julio de 2016	Nombre incompleto del médico y sin firma de médico	5.10
13.4	Nota de evolución cirugía general de 14 de julio de 2016	Ilegible, nombre incompleto del médico y sin firma del médico de base	5.10 y 5.11
13.5	Nota de evolución de cirugía general de 15 de julio de 2016	Nombre incompleto del médico y sin firma del médico de base	5.10
13.6	Nota de evolución de cirugía general de 16 de julio de 2016	Nombre incompleto del médico y sin firma del médico	5.10
13.7	Nota de evolución de cirugía general de 18 de julio de 2016	Nombre incompleto del médico y sin firma del médico	5.10
13.8	Nota postquirúrgica de 19 de julio de 2016	Ilegible, nombre incompleto del médico	5.10 y 5.11
13.14	Nota de evolución terapia intensiva vespertino de 22 de julio de 2016	Sin firma del médico	5.10
13.15	Nota postquirúrgica del 22 de julio de 2016	Sin firma del médico y con abreviaturas	5.10 y 5.11
13.19	Nota de cirugía general de 28 de julio de 2016	Nombre incompleto del médico	5.10
13.24	Nota de ingreso de 8 de agosto de 2016	Sin firma del médico de base	5.10
13.26	Nota de evolución de medicina interna de 11 de agosto de 2016	Sin nombre y firma del médico de base	5.10
13.29	Nota de evolución de cirugía general de 13 de agosto de 2016	Ilegible, nombre incompleto del médico y sin firma	5.10 y 5.11

13.30	Nota de evolución de 15 de agosto de 2016	Ilegible, nombre incompleto del médico y sin firma	5.10 y 5.11
13.32	Nota de defunción de 17 de agosto de 2016	Nombre incompleto del médico	5.10

66. Este Organismo Nacional ha enfatizado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada Norma Oficial 4, “Del expediente clínico”, en la que se describe la obligación de los citados prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como lo ha venido sosteniendo esta Comisión Nacional en diversos precedentes de Recomendaciones, entre otras, la 1/2011, 14/2012, 13/2013, 20/2014, 39/2015, 8/2016, 40/2016, 47/2016, 1/2018 entre otras, en los siguientes términos:

“La apropiada integración del expediente clínico (...) [en términos de lo que dispone la Norma Oficial Mexicana Norma Oficial 4, “Del expediente clínico”], es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que, como parte de la prevención a que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la citada norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.”²⁰

67. En consecuencia, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 contravinieron lo establecido en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III; 32, 33, fracciones I y II; 77 bis 9, fracción V de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y el contenido de la Norma Oficial 4, “*Del Expediente Clínico*”, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, tutelado en

²⁰ CNDH. Recomendaciones 1/2018 párr. 80; 50/2017, párr. 86; 66/2016, párr. 74 y 47/2016, párr. 86.

los artículos 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “*Protocolo de San Salvador*”, así como lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

B. Derecho a la vida.

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

69. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.²¹

70. La CrIDH ha considerado que *“el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos (). Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones necesarias para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable, así como el deber de impedir que sus agentes, o particulares, atenten contra el mismo. El objeto y propósito de la Convención, como instrumento para la*

²¹ CNDH. Recomendaciones 1/2018 párr. 59; 66/2016, párr. 34; 47/2016, párr. 61 y 35/2016. párr. 180.

*protección del ser humano, requiere que el derecho a la vida sea interpretado y aplicado de manera que sus salvaguardas sean prácticas y efectivas (effet utile)."*²²

71. En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados por el gremio clínico como referentes que regulan el actuar profesional; en ese sentido, destacan la *"Declaración de Ginebra"* adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, el *"Código Internacional de Ética Médica"* adoptado por la Asociación Médica Mundial en 1949 y la *"Declaración de Lisboa"* adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1981 como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.²³

72. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por el personal médico del Hospital General 25, deben ser reproducidas como soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida de V.

73. Esta Comisión Nacional observó una inadecuada atención médica por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, toda vez que V con diagnóstico de oclusión intestinal fue tratado de forma conservadora (a base de medicamento) durante 14 días, no obstante que la bibliografía médica especializada, entre ella la Guía de Práctica Clínica SS-212-09. Actualización 2014. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diverticular de Colon, indica que las personas con ese padecimiento deben ser manejados de forma conservadora de 24 a 48 horas, y en caso de no haber mejoría se les realizará un estudio tomográfico y de no ser concluyente el resultado se optará por el tratamiento quirúrgico.

74. Situación que en el presente caso no ocurrió y debido a la dilación en el manejo oportuno de la enfermedad que presentó V, su estado de salud se deterioró,

²² *"Caso Zambrano Vélez y otros vs Ecuador"*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 4 de julio de 2017, párr. 78 y 79.

²³ CNDH. Recomendaciones 1/2018, párr. 61; 56/2017, párr.76; 50/2017, párr. 66; 66/2016, párr. 36; y 47/2016, párr.63.

contribuyendo a la presentación de complicaciones como la perforación de divertículo y peritonitis purulenta, lo que ocasionó que permaneciera diecinueve días en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General 25 donde fue estabilizado, pero debido al tratamiento invasivo y a lo delicado de su estado de salud, adquirió la infección intrahospitalaria pseudomona multirresistente y E. Coli, así como neumonía asociada a la ventilación mecánica prolongada, lo que causó su fallecimiento el 17 de agosto de 2016.

75. Por ello, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 incurrieron en violación al derecho a la vida de V, toda vez que, de haber diagnosticado a V oportunamente y tratado su enfermedad de forma adecuada, se hubiese evitado la complicación consistente en perforación de divertículo y peritonitis purulenta; lo que a su vez trajo como consecuencia que V tuviera que permanecer en terapia intensiva, y debido el menoscabo en su salud adquirió las enfermedades intrahospitalarias que lo llevaron a su fallecimiento, transgrediendo lo señalado en los artículos 1º, párrafo primero y 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que establecen el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.

• Responsabilidad.

76. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, adscritos al Hospital General 25, incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I, VI y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos vigente en la fecha que sucedieron los hechos, y 303 y 303 A, de la Ley del Seguro Social, en los que se prevé el deber que tienen las personas servidoras públicas 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.

77. AR1, AR3 y AR6 fueron omisos en solicitar la realización de algún estudio tomográfico de urgencia, dado que cuando valoraron a V ya tenía entre cinco y doce días con el tratamiento conservador para su padecimiento de oclusión intestinal, siendo que la Guía de Práctica Clínica SS-212-09. Actualización 2014. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diverticular de Colon, indica que si en 24 ó 48 horas no hay respuesta favorable al tratamiento conservador se realizará el estudio tomográfico y en su caso una intervención quirúrgica.

78. AR2 revisó a V dos días después de su ingreso al Hospital General 25, y únicamente indicó vigilancia, con ayuno y sonda nasogástrica, omitiendo indicar la realización de algún estudio para determinar si requería intervención quirúrgica, siendo que V cursaba su segundo día con diagnóstico de oclusión intestinal.

79. AR4 omitió brindar un tratamiento adecuado a V, toda vez que lo valoró el 12, 13 y 15 de julio indicando un tratamiento conservador, y no fue sino hasta el 18 de julio que determinó intervenirlos quirúrgicamente, cuando el estado de salud de V ya se había deteriorado, tan es así que presentó enfermedad diverticular complicada y sellada, peritonitis purulenta, por lo que se le tuvo que realizar una sigmoidectomía con colostomía, lavado y drenaje de cavidad, complicaciones que se hubiesen evitado de haber tenido un tratamiento adecuado desde un inicio.

80. Además, AR4 revisó a V después de la operación de laparotomía exploradora indicando que no había datos de urgencia quirúrgica, sin embargo, al día siguiente presentó probable isquemia intestinal vs perforación intestinal y nuevamente tuvo que ser intervenido y reingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos, haciéndolo susceptible de infecciones intrahospitalarias llevándolo a neumonía nosocomial y finalmente a su fallecimiento.

81. AR5 valoró a V, el 6 y 14 de julio de 2016, en la primera ocasión indicó que no había datos de urgencia quirúrgica, sin embargo, omitió realizarle algún otro estudio o ingresarlo a su servicio, no obstante que identificó la presencia de niveles hidroaéreos (se identifican en la obstrucción mecánica de intestino delgado), no fue sino hasta que SP2 revaloró a V que se le diagnosticó con oclusión intestinal y lo

refirió a cirugía general. En la segunda ocasión se limitó a mencionar en su nota que V tenía programado una tomografía axial computarizada, pero no realizó alguna otra acción para salvaguardar la salud de V, a pesar de que su estado se deterioraba y cursaba el noveno día con el tratamiento conservador.

82. Aunado a lo anterior, se advierte que existió responsabilidad por parte de los médicos que del 19 de julio al 7 de agosto de 2016 estuvieron en el servicio de cirugía general del Hospital General 25, toda vez que no dieron seguimiento oportuno y adecuado a V cuando permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos, a pesar de que tenía un padecimiento intestinal complicado, esa situación también fue observada por los médicos de dicha Unidad en sus respectivas notas médicas.

83. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie e integre el procedimiento administrativo de investigación correspondiente contra AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, así como de los médicos que del 19 de julio al 7 de agosto de 2016 estuvieron en el servicio de cirugía general de dicho nosocomio, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.

• Reparación integral del daño a la víctima.

84. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño por responsabilidad del Estado es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, previsto en los artículos 1º párrafo tercero, 102 apartado B, 108 y 109 de la Constitución Política y 44 párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 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 debe incluir las medidas que procedan para lograr

la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, en perjuicio de Q y V.

85. En este sentido, conforme a los artículos 1º, párrafos tercero y cuarto, 7 fracción II y 26 de la Ley General de Víctimas, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno reparar a las víctimas de una forma integral y, correlativamente, las víctimas tienen derecho a acceder a una reparación integral por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones a derechos humanos que les causaron, a través de las medidas de restitución, rehabilitación, satisfacción y no repetición.

86. De conformidad al artículo 4º de la Ley General de Víctimas, en el presente caso, Q, los familiares directos y la cónyuge de V adquieren la calidad de víctimas indirectas, con motivo del vínculo familiar existente entre ellos, toda vez que son susceptibles de sufrir un impacto en su esfera psicosocial, con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y en su vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en el presente pronunciamiento, por lo que deberán ser considerados para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

- ***Medidas de Rehabilitación.***

87. La rehabilitación busca facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de derechos humanos. Para reparar el daño causado a las víctimas, y cumplir el punto primero recomendatorio deberá considerarse el daño psicológico que sufrieron Q, sus familiares directos y su cónyuge, por el fallecimiento de V, por lo que se les tiene que localizar y tener un acercamiento con los mismos para determinar la atención psicológica y tanatológica que sea indispensable, las cuales deberán ser proporcionadas por profesionales especializados de forma continua hasta que alcancen su total sanación psíquica y emocional. Esta atención deberá ser gratuita y brindarse en un lugar accesible. Este punto se tendrá por cumplido cuando se envíe la documentación que acredite las

diligencias efectivas, realizadas por el IMSS para que Q, sus familiares directos y su cónyuge reciban la atención psicológica y tanatológica correspondiente.

- ***Compensación.***

88. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, y en cumplimiento al punto primero recomendatorio, se considera necesario que el IMSS otorgue una indemnización o compensación, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del Hospital General 25, involucrado en los hechos que derivaron en la pérdida de la vida de V, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación y se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

89. Asimismo, y para dar cumplimiento al punto segundo recomendatorio, se deberá inscribir a Q, sus familiares en primer grado y su cónyuge en el Registro Nacional de Víctimas, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 88, fracción II, 96, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas; por las violaciones a sus derechos humanos evidenciadas, como consecuencia de la responsabilidad en que incurrió el personal del Hospital General 25 en los términos descritos en esta Recomendación, remitiendo a este Organismo Nacional las pruebas con las que se acredite su cumplimiento. El punto segundo se tendrá por cumplido cuando se envíe la documentación que acredite que las víctimas fueron registradas en el RENAVI.

- ***Garantías de no repetición.***

90. 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, y para dar por cumplido los puntos quinto y sexto recomendatorios, se considera necesario que implementen medidas específicas para que los servidores públicos de esa institución no repitan situaciones como las mencionadas en este documento, debiendo impartir en un plazo de tres meses contados a partir de la notificación de la presente Recomendación, un curso de capacitación dirigido al

personal médico y de enfermería de los servicios de Urgencias y Cirugía General del Hospital General 25, relacionado con la observancia de la aplicación de la NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*”, y de la Guía de Práctica Clínica SS-12-09. Actualización 2014. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diverticular de Colon. Con el objeto de evitar violaciones como las que dieron origen a este pronunciamiento. Se tendrá por cumplido el punto recomendatorio quinto con el envío de las constancias del curso realizado.

91. Asimismo, en un plazo de treinta días se emitirán las circulares a través de las cuales se instruya a los servidores públicos del Hospital General 25, para que se implementen las medidas pertinentes de prevención y supervisión, que permitan garantizar la debida integración del expediente clínico, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y en la norma oficial mexicana citada. Además, se exhorte al personal de cirugía general a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con diligencia. Los puntos recomendatorios sexto y séptimo se darán por cumplidos una vez que se expidan las circulares y se entregue copia de las mismas a este Organismo Nacional, con el comprobante de haberse notificado a los servidores públicos correspondientes.

- **Satisfacción.**

92. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante la aplicación de sanciones penales o administrativas a las autoridades y servidores públicos responsables de violaciones a derechos humanos.

93. Con respecto a los puntos tercero y cuarto recomendatorios, en los que se indica la colaboración de las autoridades del IMSS en las investigaciones derivadas del inicio del procedimiento administrativo de responsabilidad ante el Órgano Interno de Control en el IMSS y de la denuncia ante la Procuraduría General de la República

contra los servidores públicos involucrados en los hechos motivo de la presente Recomendación, deberá informar las acciones y colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de esas instancias de forma oportuna y completa; asimismo, se informe a esta Comisión Nacional la determinación que en su momento se emita. En caso de que la responsabilidad administrativa haya prescrito, se deberá anexar al expediente personal de los servidores públicos señalados como responsables de violaciones a derechos humanos, copia de la determinación que emita el respectivo Órgano Interno de Control, así como de la presente Recomendación.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos le formula a usted señor Director General del IMSS, respetuosamente, las siguientes:

V.RECOMENDACIONES

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, y en el ámbito de sus facultades, se brinde la reparación integral a Q, familiares en primer grado y su cónyuge, en los términos de la Ley General de Víctimas, que incluya una compensación económica, atención médica, psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Inscribir a Q, familiares en primer grado y su cónyuge, en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de tener acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con esta Comisión Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, contra los servidores públicos involucrados en los hechos motivo de la presente Recomendación, y se

aporten todas las evidencias necesarias en el procedimiento administrativo de investigación que se inicie, integre y resuelva en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, debiendo agregarse copia de la presente Recomendación, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore ampliamente con esta Comisión Nacional en la denuncia de hechos que formule este Organismo Nacional ante la Procuraduría General de la República en contra del personal médico, y quien resulte responsable por las acciones y omisiones cometidas durante la atención médica que se le dio a V durante su estancia en el Hospital General 25 y, que derivaron en la pérdida de su vida, en los términos descritos y acreditados en esta Recomendación, se aporten todas las evidencias necesarias durante la investigación y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

QUINTA. En un plazo de tres meses se diseñe e imparta al personal médico y de enfermería de los servicios de urgencias y cirugía general del Hospital General 25, un curso de capacitación relacionado con la observancia de la aplicación de la NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*, y de la Guía de Práctica Clínica SS-12-09. Actualización 2014. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diverticular de Colon, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. En el plazo de treinta días, se emita una circular a través de la cual se instruya a los servidores públicos del Hospital General 25, para que se implementen las medidas pertinentes de prevención y supervisión, que permitan garantizar la debida integración del expediente clínico, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y en la norma oficial mexicana citada, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. En el plazo de treinta días, se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General 25, en la que se exhorte al personal de cirugía general a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de

Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con diligencia, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. En un plazo de treinta días se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes personales de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 para constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, en agravio de V.

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

94. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular una declaración respecto de 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 o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

95. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

96. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación, se envíen

a esta Comisión Nacional en el plazo de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

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

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ