



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 8/2019

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE LA VIDA EN AGRAVIO DE V1, PERSONA MAYOR, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 24 DEL IMSS EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 26 de marzo de 2019

**LIC. 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; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/1/2015/630/Q, sobre el caso de 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 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos 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; 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. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son los siguientes:

Denominación	Denominación
Víctima	V
Autoridad responsable	AR

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

Institución	Acrónimo
Hospital General de Zona 24 del IMSS, en la Ciudad de México.	Hospital General 24
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, <i>“Del Expediente Clínico”</i> .	NOM-004-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, <i>“Regulación de los Servicios de Salud. Que establece los criterios de funcionamiento y</i>	NOM-027-SSA3-2013

<i>atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”.</i>	
Institución	Acrónimo
Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, <i>“Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica”.</i>	NOM-030-SSA2-2009
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica del IMSS.	Reglamento de la Ley General de Salud.
Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.	Reglamento de Prestaciones Médicas
Hospital General <i>“Dr. Gaudencio González Garza”</i> Centro Médico Nacional La Raza, en la Ciudad de México	Hospital “La Raza”
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH

I. HECHOS.

5. El 9 de marzo de 2014, V1, [REDACTED] de [REDACTED] de edad, acudió al servicio de urgencias-sin indicar de qué hospital-, por un [REDACTED] [REDACTED] y le refirió a AR1 que padecía [REDACTED] e [REDACTED]; dicho médico indicó que presentaba “[REDACTED]” y diagnosticó “[REDACTED]”, recomendando tratamiento a base de “[REDACTED]”. Al día siguiente V1 causó alta por mejoría.

6. A las 19:50 horas del 13 de marzo de 2014, V1 reingresó a urgencias por “[REDACTED] [REDACTED] y [REDACTED]”, siendo atendida por AR2, quien la diagnosticó “[REDACTED] [REDACTED] en una o más de las venas mayores que drenan sangre desde el intestino], [REDACTED] e [REDACTED]”.

7. A las 21:50 horas del mismo día, AR3 reportó a V1 con dolor abdominal agudo de seis días de evolución y diagnosticó "[REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED], (...) [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED]

8. A las 06:35 horas de 14 de marzo del mismo año, AR4 le practicó a V1, cirugía mediante laparotomía exploradora con diagnóstico de [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] y [REDACTED]", cuyos hallazgos quirúrgicos mostraron: [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] (...) *divertículo* [REDACTED] (...) [REDACTED] *contiene* [REDACTED]", resultado que confirmó desde que V1 ingresó a dicho nosocomio con abdomen agudo que ameritaba una cirugía de urgencia, la cual demoró 11 horas en practicársele, esto es, de las 19:50 horas de 13 de marzo de 2014 a las 06:35 del día siguiente.

9. El 22, 23 y 25 de marzo de 2014, AR4, AR7 y AR8 reportaron que la herida quirúrgica de V1 presentaba salida de líquido [REDACTED], sin que tomaran muestras para cultivo o previeran la posibilidad de efectuarle una cirugía exploradora abdominal de urgencia, omisión que complicó su estado de salud.

10. El 26 de marzo del mismo año, V1 fue intervenida quirúrgicamente, reportándosele con [REDACTED] de la [REDACTED] y de la herida que tenía al exterior (estoma: "[REDACTED] que se realiza para que e [REDACTED]
[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.

11. El 21 de abril de 2014, V1 presentó escrito de queja ante este Organismo Nacional, la cual se radicó bajo el expediente CNDH/1/2015/630/Q.

12. El 30 de abril de 2014, V1 fue valorada en el servicio de nutrición parenteral en el Hospital “*La Raza*”, solicitándole nuevos estudios de control al Hospital General 24 para que el siguiente día se valorara el desequilibrio electrolítico que cursaba; sin embargo, dicho traslado no se llevó a cabo, porque no se efectuaron los paraclínicos requeridos en el hospital de segundo nivel.

13. El 4 de mayo de 2014, personal de enfermería reportó a V1 con hipotensión severa, pero, el personal de medicina interna la valoró hasta las 04:20 horas del 5 de ese mismo mes y año, reportándola con: “ [REDACTED] [REDACTED] ”, V1 presentó paro cardiorrespiratorio no reversible a maniobras de reanimación, por lo cual se estableció como hora de su defunción, las [REDACTED] horas y como causas de su muerte: “ [REDACTED] [REDACTED] ”.

14. Para documentar las posibles violaciones a derechos humanos se obtuvieron informes y el expediente clínico que remitió el IMSS, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

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.

II. EVIDENCIAS.

15. Escrito de queja de V2, recibido en este Organismo Nacional el 21 de abril de 2014, en el que relató la inadecuada atención médica proporcionada a su **Parentesco** V1 en el Hospital General 24.

16. Actas Circunstanciadas de 24 y 25 de abril de 2014, en las que este Organismo Nacional hizo constar que se constituyó en las instalaciones del Hospital General 24, donde se revisó el expediente clínico de V1, así como se entrevistó a V2.

17. Oficio 095217614BB1/302 de 25 de febrero de 2015, al que el IMSS adjuntó copia certificada del expediente clínico de V1, del que se destacaron las siguientes constancias:

17.1. Nota médica de 9 de marzo de 2014, en la que AR1 diagnosticó a V1 con “**de**” y le suministró un analgésico. Omitió asentar su nombre completo y cargo.

17.2. Nota médica de las 22:34 horas de 9 de marzo de 2014, en la que AR1 asentó que V1 egresaba por mejoría.

17.3. Nota médica y prescripción de las 19:50 horas de 13 de marzo de 2014, en la que AR2 asentó que V1 presentaba “**de**” (aumento en la sensibilidad **de**) y “**de**” (incremento en el dolor a la **de**).

17.5. Nota de ingreso al servicio de “urgencias adultos” de las 21:50 horas del 13 de marzo de 2014, en la cual AR3 apuntó que V1 presentaba un descontrol [REDACTED] y la diagnóstico con: [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]”

17.7. Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de 13 de marzo de 2014, suscrita por AR4.

17.9. Nota postoperatoria de las 06:35 horas de 14 de marzo de 2014, en la que AR4 asentó los hallazgos que advirtió en la cirugía de laparotomía exploradora realizada a V1.

7/68

17.10. Nota de alta Unidad de Cuidados Post-anestésicos con aldrete¹ (“UCPA”) de las 09:30 horas de 14 de marzo de 2014, en la que AR6 indicó que V1 presentaba herida quirúrgica cubierta y limpia. Omitió asentar su nombre completo, cargo, matrícula y especialidad.

17.11. Nota de ingreso a cirugía general de las 14:00 horas de 14 de marzo de 2014, en la que el alumno interno de pregrado 1 reportó a V1 sin datos de irritación peritoneal.

17.12. “*Notas médicas y prescripción*” sin hora de 16 de marzo de 2014, en la que AR4 indicó que V1 se encontraba asintomática, consciente y neurológicamente integra, con vigilancia con antibioticoterapia, esto es, tratamiento terapéutico a base de antibióticos. Omitió asentar nombre completo, cargo, matrícula.

17.13. Nota de evolución matutina de las 10:00 horas de 17 de marzo de 2014, en la que el alumno interno de pregrado 2 reportó a V1 hemodinámicamente estable y delicada.

17.14. Nota de evolución matutina de las 11:00 horas de 22 de marzo de 2014, en la que AR7 y el alumno interno de pregrado 3 indicaron que V1 presentaba [REDACTED], con [REDACTED] [REDACTED]. Omitió asentar su nombre completo, cargo, matrícula o especialidad.

¹ Personal médico de este Organismo Nacional refirió que el aldrete es una prueba de recuperación post-anestésico que valora la actividad motora, respiración, circulación, consciencia y color, otorgando una puntuación que va del 0 al 2 con una puntuación máxima de 10.

17.15. Nota de evolución nocturna de las 23:00 horas de 23 de marzo de 2014, en la que AR4 reportó que el catéter subclavio derecho de V1 presentaba eritema y datos de infección. Omitió asentar nombre completo, cargo y matrícula.

17.16. Nota preoperatoria de cirugía general de 25 de marzo de 2014, en la que el AR8 reportó a V1 con herida quirúrgica abierta con salida de material fecal y purulento, por lo que requería cirugía, la cual se realizaría en *“cuanto hubiera sala quirúrgica disponible”*.

17.17. Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de 25 de marzo de 2014, suscrita por AR9.

17.18. Nota postquirúrgica de las 20:30 horas de 26 de marzo de 2014, en la AR9 asentó que a V1 se le realizó laparotomía exploradora bajo anestesia general balanceada y encontró como hallazgos: *“abundante*
[REDACTED] (...) [REDACTED] (...) [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

17.19. Nota de cuidados intensivos de las 12:45 horas de 27 de marzo de 2014, en la que se asentó que V1 cursaba con respuesta inflamatoria sistémica, sin que ingresara a terapia intensiva debido a que *“(…) no hay camas disponibles en el servicio ya que esta 100% pacientes”*.

17.20. Hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de las 22:00 horas de 27 de marzo de 2014, en la que se asentó

que a V1 se le extubó y se avisó al médico interno, quien previa valoración expresó *“dejarla así”*.

17.21. Nota postquirúrgica de las 13:00 horas de 29 de marzo de 2014, en la que AR7 asentó que V1 presentaba abundantes natas fibrinopurulentas (pus y fibrina) y edema intestinal.

17.22. Indicaciones postoperatorias de las 13:10 horas de 29 de marzo de 2014, en la que AR7 asentó que V1 requería interconsulta con terapia intensiva.

17.23. Registro de anestesia y recuperación de 29 de marzo de 2014, en la que AR7 y AR11 asentaron que la anestesia de V1 terminó a las 13:20 horas y egresó intubada de la sala de recuperación.

17.24. Hoja de registro clínico, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de las 13:45 horas de 29 de marzo de 2014, en la que se anotó que V1 presentó deterioro cardíaco que ameritó maniobras de reanimación por cinco minutos.

17.25. Nota de valoración de la Unidad de Cuidados Intensivos de las 15:03 horas de 29 de marzo de 2014, en la que AR12 reportó a V1, inestable hemodinámicamente (presión arterial y frecuencia cardíaca, principalmente), con apache II (sistema de valoración pronóstico de mortalidad de 55%) e indicó: *“por el momento no contamos con espacio físico”*.

17.26. Nota de reingreso al servicio de cirugía general de las 18:00 horas de 29 de marzo de 2014, en la que el alumno interno de pregrado 4 solicitó interconsulta a terapia intensiva.

17.27. Nota de revaloración “UCI” de las 02:17 horas de 31 de marzo de 2014, en la que personal de cuidados intensivos asentó que no encontró la nota médica que documentara que V1 presentó un paro cardiorrespiratorio, el cual fue registrado por personal de enfermería.

17.28. Nota de revisión de cirugía general de las 08:20 horas de 1° de abril de 2014, en la que AR8 encontró a V1 con [REDACTED]
[REDACTED]

17.29. Nota de reingreso a cirugía general de las 13:40 horas de 3 de abril de 2014, en la que se asentó que AR8 realizó a V1, un [REDACTED]
bajo [REDACTED].

17.30. Nota de reingreso de cirugía general de las 15:30 horas de 9 de abril de 2014, en la que el alumno interno de pregrado 3 encontró en la cavidad [REDACTED] de la [REDACTED] y material [REDACTED] [REDACTED].

17.31. Nota de valoración de cirugía general de las 16:15 horas de 30 de abril de 2014, efectuada en el servicio de cirugía gástrica del Hospital “La Raza”, donde se reportó a V1: “[REDACTED]”, esto es, una cirugía para [REDACTED], por lo cual se solicitaron nuevos estudios de control para valorar desequilibrio electrolítico para el día siguiente.

17.32. Nota de evolución de las 09:00 horas del 1° de mayo de 2014, en la que el alumno interno de pregrado 5 asentó que V1 no se trasladó a la interconsulta en el Hospital “*La Raza*” para valoración de nutrición parental y cirugía general, debido a que no contaba con estudios de laboratorio vigentes.

17.33. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de 4 de mayo de 2014, en el que se reportó a V1 con hipotensión severa.

17.34. Nota de valoración de medicina interna de las 04:20 horas del 5 de mayo de 2014, en la que se asentó que la herida quirúrgica abierta de V1 presentaba abundante [REDACTED] [REDACTED].

17.35. Nota médica de las 05:40 horas de 5 de mayo de 2014, en la que personal de medicina interna indicó que V1 falleció a las [REDACTED] horas y estableció como causas de su muerte: “[REDACTED]”

[REDACTED]
[REDACTED]

18. Oficio 095217614BB1/0531 de 26 de marzo de 2015, mediante el cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, copia del certificado de defunción de V1.

19. Oficio 095217614BB1/1848 de 10 de julio de 2017, en el que el IMSS informó a este Organismo Nacional, que el 18 de febrero de 2016 se determinó improcedente la queja de V2.

20. Opinión Médica de 3 de septiembre de 2018, de esta Comisión Nacional sobre la atención médica inadecuada que se proporcionó a V1 en el Hospital General 24.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

21. El 21 de abril de 2014, V2 presentó queja en este Organismo Nacional, por la inadecuada atención médica brindada a V1 que derivó en su fallecimiento.

22. El 10 de julio de 2017, el IMSS comunicó a esta Comisión Nacional, que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente el 18 de febrero de 2016 determinó la queja de V2 como improcedente.

23. Este Organismo Nacional hasta la fecha en que se emite la presente Recomendación, no ha tenido conocimiento de que se hubiera iniciado algún procedimiento administrativo o carpeta de investigación con motivo de los presentes hechos.

IV. OBSERVACIONES.

24. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2015/630/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 estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), como de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CrIDH), se contó con evidencias que acreditan las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a personal médico del servicio de urgencias del Hospital General 24 en agravio de V1:

24.1. A la protección de la salud.

24.2. A la vida.

24.3. Al acceso a la información en materia de salud.

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

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

26. El artículo 4º, párrafo cuarto de la Constitución Federal reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

27. 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 (...).²

28. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como “(...) *un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).*”³

29. Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General 15, “*sobre el derecho a la protección de la salud*”, en la cual se reconoció 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*”.⁴

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

³ “*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.

⁴ CNDH. Observaciones, p. cuatro.

30. En los artículos 10.1 e incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “*Protocolo de San Salvador*”, se reconoce que *“todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*, por lo cual el Estado debe adoptar medidas para garantizar este derecho, como la atención primaria de la salud al alcance de todos y prevenir las enfermedades, o en su caso, dar tratamiento.

31. 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”*.

32. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advirtió que los médicos del servicio de Urgencias del Hospital General 24 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 artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del 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.

33. El 9 de marzo de 2014, V1 [REDACTED] de [REDACTED] de edad) ingresó al servicio de urgencias-sin indicar de qué hospital-, por dolor abdominal, siendo atendida por AR1, quien la reportó con “[REDACTED]” y tratamiento a base de [REDACTED]’ recetada por vía particular. A las 22:34 horas, la

diagnosticó con: “ [REDACTED] ”, suministrándole [REDACTED] y al día siguiente, ordenó su alta médica por mejoría.

34. En la opinión médica de este Organismo Nacional, AR1 omitió realizar una adecuada historia clínica que incluyera interrogatorio y exploración física intencionada, dirigida a descartar otros cuadros de dolor abdominal que V1 presentaba, sobre todo por el antecedente del [REDACTED] [REDACTED]) suministrado por facultativo particular días previos a su ingreso, debido a que inadecuadamente se le indicó un analgésico que encubrió el cuadro doloroso abdominal, lo que trajo como consecuencia que éste evolucionara.

35. Dicho tratamiento impidió que se determinara la etiología del padecimiento de V1, de ahí que la historia clínica era fundamental para allegarse de un diagnóstico correcto, lo que no aconteció.

36. El interrogatorio era indispensable para que AR1 se allegara de información determinante para efectuar un reconocimiento físico, signos y síntomas que dieran nombre al padecimiento de V1, tales como: sitio de localización del dolor, tiempo de evolución, intensidad, fenómenos que lo acompañan, lo que al haber omitido dicha circunstancia contravino los puntos 6.1 y 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012, en los que se especifican los requisitos, la historia clínica y exploración física.

37. Al respecto, el Poder Judicial de la Federación, ha sostenido la importancia de la historia clínica del paciente, en términos de la siguiente tesis en materia civil:

“MALA PRÁCTICA MÉDICA. AUSENCIA O DEFICIENCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA. La historia clínica constituye el relato patográfico o biografía patológica del paciente, esto es, la transcripción de la relación

médico-paciente, por lo que ostenta un valor fundamental, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también a la hora de juzgar la actuación de un profesional sanitario. **Así, la ausencia o deficiencia de la historia clínica, genera una presunción en contra de los médicos que trataron al paciente, respecto a la existencia de una posible mala práctica médica,** pues tal ausencia o deficiencia no puede sino perjudicar a quienes tienen el deber de confeccionarla y asentar en ella todos los pormenores necesarios según la ciencia médica y no al paciente, en atención a que son precisamente los médicos quienes se encuentran obligados a documentar detalladamente el curso del acto médico. De lo anterior se colige que el hecho de documentar un historial clínico de **forma incompleta o deficiente por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes,** riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina”.⁵

(Énfasis añadido)

38. AR1 también omitió brindar un tratamiento para el descontrol hipertensivo que V1 presentaba de acuerdo a lo establecido en el punto 11.1 de la NOM-030-SSA2-2009 “Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica”, que estatuye “El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa, las especificaciones del mismo se señalan en la Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Hipertensión Arterial, que emite el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (...)”, relacionado con el

⁵ Semanario Judicial de la Federación, enero de 2013 y Registro 2002569.

diverso 11.7.1 que establece “La meta principal del tratamiento consiste en lograr una PA<140/90; en el caso de las personas con diabetes o enfermedad cardiovascular establecida, mantener una PA< 130-80 (...)”.

39. A las 19:50 horas de 13 de marzo de 2014, V1 nuevamente ingresó a urgencias del Hospital General 24 por [REDACTED] y [REDACTED]”, con antecedente de [REDACTED] de vías [REDACTED]”, por lo que AR2 la reportó con [REDACTED] [incremento del dolor a la palpación], [REDACTED] y diagnosticó: [REDACTED] e [REDACTED]”, por lo cual le suministró [REDACTED] por el desabasto de [REDACTED]”.

40. Este Organismo Nacional en su opinión médica especializada considera que a pesar de que V1 presentaba datos sugestivos de abdomen agudo, AR2 inadecuadamente indicó un analgésico y omitió la solicitud de valoración urgente por el servicio de cirugía general, efectuarle una radiografía o un ultrasonido abdominal, que les permitiera la valoración de la cavidad peritoneal, ya que la paciente presentaba [REDACTED] de la cavidad abdominal).

41. Derivado de lo anterior, AR2 incumplió la “Guía clínica de abdomen agudo en el adulto”, que establece una clasificación a los pacientes con dolor abdominal agudo en el rubro de “manejo según el nivel de complejidad y capacidad resolutive”, estadio I indica “no dar analgésicos ni administrar antibióticos”, en el estadio II puntualiza que la conducta para estos pacientes requiere “evaluación y manejo por el cirujano general y si es el caso por otros especialistas. Las pruebas de apoyo al diagnóstico son determinadas por el médico de acuerdo al juicio

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.

clínico y sospecha diagnóstica. En este nivel los medios más usados son: Hemograma Amilasas sérica y/o enzimas hepáticas (...) ante el problema de intervención quirúrgica Radiografía de tórax (...)”.

42. Dos horas después, es decir, a las 21:50 horas de 13 de marzo de 2014, V1 fue valorada por AR3, quien la reportó con dolor abdominal de seis días de evolución, agudizado a las 18:00 horas por dolor, tipo ardoso, difuso, sin irradiaciones y con intensidad de 10/10, abdomen aumentado de volumen, a la palpación con rebote dudoso, además los estudios de laboratorio de la misma fecha, mostraron “*acidosis metabólica por gasometría*” y “*descontrol hiperglicémico*”, motivo por el cual AR3 diagnóstico: [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED] ”.

43. A las 23:10 horas de la misma fecha, V1 fue valorada por AR4, quien la encontró con “*descontrol hipertensivo de [REDACTED], [REDACTED]* [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] con [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] no [REDACTED]”⁶, por lo que diagnosticó [REDACTED] *encarcelada*” e indicó como plan de manejo una laparotomía exploradora; pero V1 quedó pendiente de pasar a quirófano al señalar “*en cuanto contemos con anestesiólogo*”.

44. En la opinión médica de este Organismo Nacional, AR3 y AR4 omitieron corregir el desequilibrio ácido base (manifestado por acidosis metabólica) y el

⁶Trastorno del equilibrio ácido-base, caracterizado por un incremento en la acidez del plasma sanguíneo.

descontrol hiperglicémico con los cuales cursaba V1, por lo que debieron realizar lo siguiente:

44.1. Una valoración preoperatoria inmediata por medicina interna o terapia intensiva por tratarse de una urgencia abdominal, ante los factores de riesgo para V1 como: edad, dolor abdominal y la probable hernia encarcelada u oclusión intestinal.

44.2. Colocación de una sonda nasogástrica para prevenir una broncoaspiración.

44.3. Restringir analgésicos, porque AR3 inadecuadamente le prescribió *“opioide nalbufina”*, incumpliendo la Guía clínica del abdomen agudo en el adulto, en el rubro “pacientes en estadio III” que establece *“restringir los analgésicos y los antibióticos”* en esos pacientes.

45. AR3 y AR4 incumplieron los lineamientos 7.2.1 y de la NOM-004-SSA3-2012 al omitir la toma de signos vitales y solicitud de una valoración preoperatoria a pesar de que V1 cursaba con una urgencia abdominal con motivo de la hernia encarcelada que presentaba y que pasó desapercibida por AR3 desde las 21:50 horas de 13 de marzo de 2014, además de que recetó un analgésico (opioide nalbufina) que disimuló el cuadro de V1.

46. Por lo anterior, AR3 y AR4 incumplieron el punto 7.2.1 de la NOM-004-SSA3-2012, en cuyo rubro de *“notas médicas de urgencia”*, puntualiza: *“En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por*

escrito, tanto la solicitud, que deberá realizar el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista”.

47. A las 01:05 horas de 14 de marzo de 2014, esto es, tres horas después de que se confirmó por gasometría que V1 cursaba con “*acidosis metabólica*”, fue valorada por AR5 adscrita a la Unidad de Cuidados Intensivos, quien asentó que fue atendida por cirugía general y estaban en espera de tiempo quirúrgico para manejo de abdomen agudo, en tanto, los estudios de laboratorio la reportaron aún con acidosis, desaturación de oxígeno en sangre arterial del 83% (normal arriba de 90%) y descontrol hiperglicémico de 202 gr/dl (normal hasta 110mg/dl); sin embargo, AR5 no consideró que V1 fuera en ese momento candidata al servicio de cuidados intensivos.

48. Once horas posteriores al ingreso de V1 a urgencias por dolor abdominal, a las 06:35 horas del 14 de marzo de 2014, fue intervenida quirúrgicamente de laparotomía exploradora por AR4, quien encontró como hallazgos: [REDACTED] e [REDACTED] de [REDACTED] [REDACTED] (...), emitiéndose el diagnóstico preoperatorio de: [REDACTED] con pronóstico [REDACTED] a [REDACTED]”.

49. Conforme a la opinión médica de este Organismo Nacional, los hallazgos transquirúrgicos descritos confirmaron que desde que V1 ingresó a urgencias del Hospital General 24, a las 19:50 horas de 13 de marzo de 2014, cursaba con abdomen agudo que ameritaba cirugía urgente, lo cual no aconteció y contribuyó al deterioro paulatino de la enfermedad.

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.

50. Derivado de lo anterior, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 no garantizaron el derecho a la protección a la salud de V1, al no proporcionarle la atención de urgencia que requería, a pesar de que fue reportada con urgencia por el dolor abdominal agudo que presentaba.

51. Conforme al artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud, se entiende por “urgencia”: *“todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata”*. En términos similares la define el punto 4.11 de la NOM-004-SSA3-2012, lo cual dejaron de considerar las personas servidoras públicas que la atendieron.

52. Por tanto, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 inobservaron el artículo 90 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS que establece: *“Las unidades médicas institucionales, en los casos en que el derechohabiente solicite atención en los servicios de urgencias por presentar problemas de salud que pongan en peligro la vida, un órgano o una función, deberán proporcionar atención médica inmediata”*, correlacionado con la fracción III del artículo 27 de la Ley General de Salud, que prevé que la atención médica integral, incluye la *“atención de urgencias”*, la cual es un derecho de los beneficiarios de conformidad con la fracción XII del ordinal 77 bis 37 de la referida ley.

53. Lo anterior en concordancia con el punto 7.3 de la NOM-027-SSA3-2013, puntualiza: *“Los establecimientos de atención médica de los sectores público (...) que cuenten con servicio de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite, de manera expedita, eficiente y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requieran (...)”*.

54. A las 09:30 horas de 14 de marzo de 2014, AR6 dio de alta a V1 de la Unidad de Cuidados Postanestésicos con herida quirúrgica cubierta y limpia.

55. A las 14:00 horas de 14 de marzo de 2014 y a las 10:00 horas de 17 del mismo mes y año, alumnos internos de pregrado 1 y 2 valoraron a V1. El primero la reportó sin datos de irritación peritoneal y herida quirúrgica de bordes limpios, y el segundo la encontró hemodinámicamente estable y delicada.

56. No obstante, de las evidencias con que se cuenta, esta Comisión Nacional advierte que ambos médicos no estuvieron asistidos por personal médico adscrito al servicio de cirugía general, por lo que se contravino el punto 5 del Apéndice Normativo “A” de la NOM-234-SSA1-2003 *“Utilización de campos clínicos e internado de pregrado”* al no contar con un médico responsable de control, supervisión, asesoría y evaluación de los alumnos durante el desarrollo del curso, por cada área de rotación.

57. El 22 de marzo de 2014, AR7 y alumno interno de pregrado 3 reportaron a V1 con *“herida quirúrgica infectada, con salida de líquido [REDACTED]”*, retirando tres puntos y realizando curación cada 24 horas.

58. En opinión médica de este Organismo Nacional, AR7 omitió:

58.1. La adecuada exploración física intencionada y dirigida a la búsqueda de colecciones intrabdominales.

58.2. Tomar muestras de secreciones para cultivo.

58.3. Ajustar antibiótico.

58.4. Considerar la posibilidad de una cirugía exploradora abdominal urgente, puesto que reportó la herida quirúrgica infectada y con salida de líquido seropurulento fétido.

59. A las 23:00 horas de 23 de marzo del mismo año, AR4 reportó que el catéter subclavio derecho de V1 presentaba eritema y datos de infección, por lo que curó la herida, retiró los puntos y solicitó cultivo de la secreción purulenta de la periferia del catéter, este último fue retirado al día siguiente y requirió una tomografía axial computarizada de abdomen para descartar absceso, colecciones o fístulas; pero omitió considerar la posibilidad de una cirugía exploradora abdominal urgente para lavado y drenaje de líquido seropurulento fétido.

60. A las 08:20 horas del 25 de marzo de 2014, AR8 reportó a V1 con herida quirúrgica dehisciente (ruptura de la herida por deficiente cicatrización) con salida de material fecal y purulento, sin datos de irritación peritoneal, señalando que la paciente requería cirugía, sin embargo asentó *“en cuanto haya sala disponible”*, y omitió la valoración preoperatoria inmediata, ante los factores de riesgo de V1, como la edad y el proceso infeccioso abdominal.

61. AR4, AR7 y AR8 transgredieron también el referido punto 7.2.1 de la NOM-004-SSA3-2012, que establece: *“(…) En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante (…)”*.

62. El 26 de marzo de 2014, V1 fue intervenida quirúrgicamente por AR9, mediante laparotomía exploradora bajo anestesia general balanceada,

encontrando como hallazgos: “*abundante materia fecal en cavidad (...) [REDACTED] del [REDACTED] (...) [REDACTED] de la estoma a [REDACTED] + p[REDACTED] de epiplón en [REDACTED]*”, por lo que la reportó grave.

63. En la opinión médica de este Organismo Nacional, los hallazgos descritos fueron complicaciones que no fueron manejadas adecuada y oportunamente desde el 22 de marzo del mismo año, a pesar de que V1 presentaba perforación en el intestino con salida de materia fecal a la cavidad abdominal, que produjo una infección severa, con un mal pronóstico para la vida.

64. AR8 y AR9 incumplieron así el punto 4.2 de la NOM-004-SSA3-2012 que estatuye a “*los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente*”, dado que el primero no cumplió adecuadamente las hojas de consentimiento informado, mientras que la segunda no requisitó el referido documento.

65. El 27 de marzo de 2014, V1 fue valorada por la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se le reportó con síndrome de disfunción multisistémica, sin que pudiera ingresar a terapia intensiva por “*no contar con camas disponibles*”.

66. La inadecuada atención médica descrita condicionó y favoreció el deceso de V1, como se analizará enseguida.

B. DERECHO A LA VIDA.

67. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en el artículo 29, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en documentos internacionales, por lo que le corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

68. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) **existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).**”*⁷

(Énfasis añadido)

69. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través

⁷ Tesis Constitucional. *“Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del estado”*. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011, y registro 163169.

de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

70. La CrIDH ha establecido que *“(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...).”⁸*, asimismo *“(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...).”⁹*

71. 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 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.”¹⁰*

⁸ “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

⁹ “Caso Familia Barrios vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

¹⁰ CNDH. Recomendación 75/2017. Párrafo 61.

72. 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 Hospital General 24, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida, como se analizará enseguida.

B.1. Violación al derecho humano a la vida de V1.

73. A las 22:00 horas de 27 de marzo de 2014, personal de enfermería indicó que V1 fue extubada y se encontraba reactiva, por lo que le avisaron al alumno interno de pregrado, quien la valoró y asentó *“dejarla así”* e indicó nebulizador.

74. En opinión médica de este Organismo Nacional AR10 dejó a V1 a cargo de un solo alumno interno de pregrado quien, por encontrarse en formación, no tendría experiencia en el manejo de ese tipo de pacientes con complicaciones, circunstancia que se confirmó con la ausencia de notas médicas, ya que solamente intervino personal de enfermería.

75. Lo anterior se fortaleció con la entrevista que sostuvo este Organismo Nacional con V2, en la que manifestó que el 22 de abril de 2014 cuando acudió al Hospital General 24 a visitar a V1, se percató que *“los fines de semana, quien queda a cargo de los pacientes es el médico interno de pregrado, que el día que narración hechos [REDACTED] le avisó de inmediato a personal de enfermería, pero como la enfermera encargada de su paciente no se encontraba nadie quiso auxiliarla y tuvo que esperar a que ésta llegara”*.

76. Derivado de lo anterior, AR10 infringió lo dispuesto en el artículo 8 del Reglamento de Prestaciones Médica del IMSS que preceptúa que: *“El personal de salud (...) deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes (...)”*, así como el Apéndice Normativo “A”, fracción II y punto 5 de la NOM-234-SSA1-2003 *“Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado”*, en el rubro *“Para internado de pregrado”* que indica *“Los establecimientos para la atención médica (...) deben pertenecer al primero o segundo nivel de atención y contar además de lo dispuesto para ciclos clínicos (...) con un médico responsable del control, supervisión, asesoría y evaluación de los alumnos durante el desarrollo del curso, por cada área de rotación”*.

77. El 29 de marzo de 2014, AR7 le realizó a V1, un lavado quirúrgico de cavidad abdominal y encontró abundantes natas fibrinopurulentas, por lo que indicó cuidados en la herida quirúrgica, interconsulta a cuidados intensivos y administración de antibióticos y analgésicos.

78. En la misma fecha, a las 13:20 horas, AR11 en la nota de registro de anestesia y recuperación, en el rubro de sala de recuperación anotó *“egresa intubada a piso”*, sin embargo, en opinión de este Organismo Nacional, AR7 y AR11 omitieron dejar a V1 a cargo de personal especializado.

79. Por tanto, AR7 y AR11 inobservaron los lineamientos para cuidados post-anestésicos quirúrgicos¹¹ de la NOM-006-SSA3-2011 *“Para la práctica de la*

¹¹ Serie de acciones que se llevan a cabo para la vigilancia y corrección de los parámetros clínicos, con el propósito de mantener la estabilidad del paciente durante el proceso de recuperación de la anestesia.

*anestesiología”, cuyo punto 12.2 estatuye que: “La supervisión médica en general y la coordinación del cuidado del paciente en esta área, será responsabilidad tanto del anestesiólogo como del cirujano”, correlacionado con los numerales 12.3.2.3 que señala “**Haber extubado al paciente** en caso de anestesia general y no tener datos de insuficiencia respiratoria (...)” y 12.3.2 que indica: “El anestesiólogo y el cirujano, con base en el estado clínico del paciente, determinarán el momento de su traslado y lo acompañaran al área de recuperación post-anestésica-quirúrgica, una vez que se cumplan los criterios (...).*

(Énfasis añadido)

80. Aseveración que se confirmó porque a las 13:45 horas de 29 de marzo de 2014, es decir, 25 minutos después de que concluyó la anestesia (13:20 horas), V1 presentó un deterioro cardíaco que ameritó maniobras de reanimación cardiopulmonar por cinco minutos, logrando frecuencia cardíaca de 97x', sin embargo, quedó hemodinámicamente inestable con ventilación mecánica.

81. Lo anterior se corroboró con la ausencia de la nota médica, en la que se hiciera constar que V1 presentó un [REDACTED], el cual sólo fue documentado por personal de enfermería, evidenciando la ausencia del médico de base o adscrito al turno responsable de su tratamiento, lo que acreditó la desatención con que cursó la paciente durante su internamiento a pesar de su extrema gravedad.

82. La ausencia de notas médicas respecto al paro cardiorrespiratorio que sufrió V1, representó la inobservancia del artículo 8 del Reglamento de Prestaciones Médica del IMSS.

83. A las 15:03 horas de 29 de marzo de 2014, la Unidad de Cuidados Intensivos reportó a V1 inestable hemodinámicamente, con *“Apache II”* (sistema de valoración, pronóstico de mortalidad) de 25 puntos con mortalidad de 55%, indicando *“por el momento no contamos con espacio físico”* en la terapia, pero solicitó gasometría arterial y venosa para ajustar ventilación.

84. No obstante, la extrema gravedad de V1, quien presentó post-paro cardiaco e inestabilidad hemodinámica, ingresó al servicio de cirugía general a las 18:00 horas, quedando sólo a cargo del alumno interno de pregrado 4, quien solicitó interconsulta a terapia intensiva, lo que nuevamente confirmó la ausencia del personal médico de base o adscrito al turno responsable de los pacientes que se encontraban supervisando las actividades de los médicos internos en formación.

85. A las 02:17 horas de 31 de marzo de 2014, personal del área de cuidados intensivos asentó que, posterior a la revisión del expediente de V1, no encontró nota médica que documentara el paro cardiorrespiratorio que había presentado el 29 de ese mismo mes y año, sólo lo descrito en la hoja de enfermería con manejo aparente de adrenalina IV, sin especificar número de ciclos y la reportó con *“Apache parcial de 5 puntos”*, indicativo de mortalidad de 33%, ya que al brindarle la oxigenoterapia con ventilación mecánica le produjo una leve corrección transitoria en su estado de salud.

86. Lo anterior confirmó el abandono con que V1 cursó durante su internamiento, sin un médico especialista que atendiera el paro cardiorrespiratorio y reanimación, sino sólo lo referido por personal de enfermería.

87. A las 08:20 horas del 1° de abril de 2014, AR8 valoró a V1, a quien encontró con [REDACTED] por lo que suministró antibióticos de amplio espectro y la programó para un nuevo lavado quirúrgico, el cual se llevó a cabo el 3 del mismo mes y año, manejo adecuado pero irreversible ya que deterioró el estado de salud de V1, quien evolucionaba tórpidamente.

88. Del 2 al 23 de abril de 2014, V1 continuó en el servicio de cirugía general y cuidados generales de enfermería, con pronóstico negativo y valoración para la colocación de traqueotomía y evitar estenosis de la glotis por intubación prolongada.

89. Este Organismo Nacional no pasó desapercibido la ausencia de notas médicas en el expediente clínico del 24, 26 y 27 de abril de 2014, lo cual demuestra que V1 no fue valorada por personal médico en esas fechas, incumpliendo el referido artículo 8 del Reglamento de Prestaciones Médica del IMSS, relacionado con el punto 6.2 de la NOM-004-SSA3-2012 que puntualiza *“Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente”*.

90. El 30 de abril de 2014, V1 fue valorada en el Hospital “La Raza” por cirugía gástrica, donde la reportaron con colostomía aparentemente funcional con salida de materia fecal, con diagnóstico de [REDACTED] [REDACTED] por lo cual solicitaron nuevos estudios de control para valorar desequilibrio electrolítico para el día siguiente.

91. El 1° de mayo de 2014, el alumno interno de pregrado 5 adscrito al Hospital General 24 asentó en la nota médica que realizó curación de la herida quirúrgica

de V1, quien esperaba la interconsulta en el Hospital “La Raza” para una valoración por nutrición parenteral y cirugía general, sin embargo, dicho traslado no se llevó a cabo, por no contar con los estudios de laboratorio vigentes.

92. En opinión médica este Organismo Nacional, se constató la ausencia de una valoración, seguimiento y manejo estrecho por parte de los médicos tratantes de base o adscritos a cirugía general, quienes no solicitaron la actualización de estudios clínicos requeridos por el servicio de cirugía gástrica del Hospital “La Raza”, razón por la cual V1 no fue trasladada para una valoración especializada en el tercer nivel de atención, que de acuerdo a la fracción III del artículo 4 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, *“lo constituyen las Unidades Médicas de Alta Especialidad que cuentan con la capacidad tecnológica y máxima resolución terapéutica (...) por la complejidad del padecimiento”*, lo que deterioró aun más el estado de salud de V1.

93. Por tanto, dicho personal médico incumplió con lo dispuesto en el artículo 74 del Reglamento de la Ley General de Salud que señala: *“Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo”*, relacionado con el párrafo segundo del artículo 5 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que establece: *“El Instituto otorgará atención médica de urgencia al derechohabiente en cualquiera de sus unidades médicas que cuenten con ese servicio, independientemente de su adscripción, hasta su estabilización, egreso o posibilidad de traslado o referencia a la unidad que, por complejidad de su padecimiento y por la zonificación de los servicios, le corresponda”*.

94. Derivado de las omisiones descritas, V1 continuó con deterioro e irreversibilidad de un proceso infeccioso abdominal, siendo que a las 20:00 y 22:00 horas de 4 de mayo de 2014, a pesar de que enfermería la reportó con hipotensión severa de 70/20 y 80/40, respectivamente, hasta las 04:20 horas del 5 del mismo mes y año, fue valorada por medicina interna, donde se le reportó aún hipotensa con presión arterial de 70/40, taquicardia, herida abierta con abundante secreción purulenta fétida, lo que ameritó maniobras de reanimación con adrenalina y líquidos, solicitando su valoración por terapia intensiva.

95. Una hora diez minutos después, esto es, a las narración he horas de 5 de mayo de 2014, V1 presentó un paro cardiorrespiratorio, por lo que le brindaron maniobras básicas y avanzadas de reanimación, sin respuesta, por lo que se estableció como hora de su defunción la indicada y se asentó como causas de su muerte: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED].

96. Este Organismo Nacional observa que el 5 de mayo de 2014, AR4 realizó la nota de defunción y egreso de V1, sin especificar la hora, hizo un resumen de su atención médica y especificó el paro cardiorrespiratorio que presentó, sin embargo, esta Comisión Nacional advierte que no existe constancia de que AR4 hubiera asistido al médico internista.

97. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 incumplieron el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud que dispone: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente*

responsable (...)” en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica: *“CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)*”.

98. Igualmente infringieron lo dispuesto en los ordinales 7 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS que puntualiza *“Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores”, “El personal de salud deberá, en todo momento (...) procurando un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente (...)*”, en concordancia con el ordinal 9 del Reglamento de la Ley General de Salud que señala: *“(...) La atención médica deberá llevarse (...) de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica (...)*”.

99. Los médicos tratantes incumplieron el *“Código de conducta para el personal de Salud 2002”¹²*, que en el rubro de *“Estándares de trato profesional”* establece en los puntos 2 y 3 lo siguientes: *“Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta”, “Se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”*.

¹² Emitido en 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

100. Las irregularidades descritas y analizadas acreditaron la inadecuada atención médica por parte del personal médico de la Hospital General 24, con lo que impidieron garantizar con efectividad a V1 el derecho a la protección a la salud, que trajo como consecuencia que no le brindaran la atención de urgencia que requería, lo que derivó en su desafortunado fallecimiento.

101. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. En el presente caso, los médicos involucrados debieron considerar el estado integral de V1, a quien no realizaron la intervención quirúrgica urgente que ameritaba para atender el dolor abdominal agudo que presentó, lo que contribuyó a la evolución de la enfermedad y a su deceso.

102. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 vulneraron los derechos a la 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 y 77 bis 37 de la Ley General de Salud, 8, fracciones I y II, 9, 48, 71, 72 y 74 del Reglamento de la Ley General de Salud; 1, 4, fracción III, 5, 6, 7, 8, 43 y 90 del Reglamento de Prestaciones Médicas y el contenido de las normas oficiales mexicanas NOM-234-SSA1-2003, NOM-030-SSA2-2009, NOM-006-SSA3-2011, NOM-004-SSA3-2012, NOM-027-SSA3-2013 y 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que en términos generales disponen que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, y al no brindarle la atención médica de urgencia que

requería por su padecimiento y no referir a la paciente a un hospital de alta especialidad que le hubieran permitido un mejor pronóstico de vida.

C. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES.

103. Además de la transgresión de los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1, se le afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de persona mayor, específicamente a un trato digno en razón de su situación de vulnerabilidad, por tratarse de una persona de [REDACTED] de edad con antecedentes de [REDACTED] e [REDACTED], por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, debió recibir atención prioritaria e inmediata por parte del personal del Hospital General 24.

104. Implica un derecho para el titular que tiene como contrapartida la obligación de todo servidor público de omitir conductas relacionadas con tratos humillantes, vergonzosos o denigrantes, que coloquen a la persona en la condición de no hacer efectivos sus derechos, teniéndose como bien jurídico protegido un trato respetuoso dentro de las condiciones mínimas de bienestar.¹³

105. Este derecho está reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en distintos instrumentos internacionales de derechos humanos. El artículo 1º constitucional, párrafo quinto, dispone que queda prohibido cualquier acto *“que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”*. Los artículos

¹³ CNDH. Recomendaciones 32/2018 p 147, 18/2015 p.105, 36/2015 p73 y 5/2016 p.80.

11.1. de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos y el 1° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, precisan que toda persona tiene derecho a recibir un trato digno, por lo que se deben promover, proteger y asegurar todos sus derechos humanos y libertades.

106. Asimismo, los artículos 17, párrafo primero del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*); 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 de *“Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”*; los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, y la Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad establecen que las personas mayores constituyen un grupo vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención que son los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

107. El derecho al trato digno entendido como la prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico, se vulneró en agravio de V1, al no recibir la atención preferente que ameritaba ante el padecimiento que presentó, ya que las omisiones descritas en el

apartado de observaciones contribuyeron a que su estado de salud se agravara y derivara en la pérdida de su vida.¹⁴

108. En el mismo sentido, se han pronunciado la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena en 1982 de la que derivó el Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento; la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en 1993 (de la que emanó la Declaración citada); la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid en 2002, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento en 2003; la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2003; la Declaración de Brasilia en 2007; el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre las personas mayores en 2009; la Declaración de compromiso de Puerto España en 2009 y la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe en 2012.

109. El citado artículo 17 del *“Protocolo de San Salvador”*, en el rubro de *“Protección de los Ancianos”* señala que: *“Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad”, por lo que “(...) los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica (...).”*

110. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas adultos mayores, el 25 de junio de 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en cuyo artículo 3, fracción I, establece que: *“Personas adultas mayores:*

¹⁴ CNDH. Recomendación 32/2018 p.147

Aquellas que cuentan con sesenta años o más de edad”; y en el diverso 4, fracción V dispone como principio rector del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como “(...) aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores (...).”

111. Asimismo, entre otros derechos de las personas adultas mayores, previstos en el artículo 5º, fracciones I, III y IX del citado ordenamiento se señalan: El derecho de la integridad, dignidad y preferencia; derecho a la salud y derecho de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta ley, conforme al artículo 10 es *“propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental (...) preservando su dignidad como ser humano”, “procurar una mayor sensibilidad y conciencia social (...) con el fin de evitar toda forma de discriminación y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social”*.

112. En el presente caso se evidenció que las personas servidoras públicas no cumplieron con sus obligaciones de dar un trato acorde a las necesidades, características y circunstancias de V1, en razón de la atención preferente en su calidad de persona adulta mayor, vulnerable con padecimiento de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica y dolor abdominal agudo que obligaba a brindarle valoraciones adecuadas en el servicio de urgencias y que recibiera una valoración especializada en un hospital de tercer nivel, lo cual le habría dado un mejor pronóstico de vida.

113. La Organización Panamericana de la Salud en la 144 Reunión de su Comité Ejecutivo sobre la *“Enseñanza de la enfermería en salud en el adulto mayor”*,

precisa que: “(...) *los sistemas de salud deben afrontar el reto de la atención de un usuario con características y necesidades diferentes a las habituales. Para ello, los trabajadores del sector necesitan nuevas competencias que les permitan responder a las necesidades de atención de este grupo de población (...)*”, por lo que es indispensable “(...) *definir las competencias y los contenidos mínimos en materia de geriatría y gerontología para los profesionales y trabajadores de salud (...)*”.¹⁵

114. 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 Unidas¹⁶. 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.

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

¹⁵ “Serie Recursos humanos para la Salud”, Justificación y antecedentes, pág 4 y párrafo 3, No. 59, celebrada en Washington, en abril de 2012.

¹⁶ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “*Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*”.

116. Este Organismo Nacional destaca que ha formulado a ese Instituto las Recomendaciones 15/2012¹⁷, 20/2012¹⁸, 32/2012¹⁹, 30/2015²⁰, 56/2015²¹, 57/2015²² respecto a las violaciones a derechos humanos cometidos en agravio de las personas consideradas en situación de vulnerabilidad, como las personas mayores.

117. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en el artículo 46, fracciones II y X, la responsabilidad del Estado para *“Brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”* y *“Asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”*. Lo anterior con la finalidad de que se tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física de la persona mayor para que tengan mejores condiciones de vida en esa etapa biológica.

118. Por tanto, corresponde al Estado mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a través de la capacitación continua del personal de la salud para que su actuar se ajuste a los protocolos y guías que rijan su actuar y de esta manera, se garantice una adecuada atención médica que abarque la

¹⁷ Del 26 de abril de 2012.

¹⁸ Del 17 de mayo de 2012.

¹⁹ Del 9 de julio de 2012.

²⁰ Del 31 de agosto de 2015.

²¹ Del 30 de diciembre de 2015.

²² Del 30 de diciembre de 2015.

integridad personal de quienes confían en los servicios de salud para que se logre la meta propuesta mediante el reforzamiento de los servicios hospitalarios para hacer frente a cualquier tipo de urgencia.

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

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

120. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017²³, párrafo 27, considera que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”*

121. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU ha sostenido 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”*²⁴.

²³ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

²⁴ Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párr. 12, inciso b, fracción IV.

122. 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 estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).”*²⁵

123. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se le brinda²⁶.

124. 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,

²⁵ Introducción, p. dos.

²⁶ CNDH. *Párrafo 33 y Recomendación 33/2016 p.104.*

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.²⁷

125. En este sentido, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas que conforman el expediente clínico de V1, que fueron advertidas por este Organismo Nacional con motivo de la queja de V1.

D1. Inadecuada integración del expediente clínico.

126. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió que en las notas médicas de 13, 14, 22 y 23 de marzo de 2014, AR1, AR4, AR5, AR6, AR7 omitieron asentar su nombre completo, cargo, rango, matrícula, especialidad y/o cédula profesional; por lo que dichos profesionistas infringieron los lineamientos del punto 5.9 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”*.

127. AR1 omitió realizar a V1 una adecuada historia clínica que incluyera un interrogatorio y exploración física, con lo que contravino los puntos los puntos 6.1, 6.1.1 y 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012.

128. AR4 no requisitó adecuadamente la hoja de autorización, solicitud y registro de 13 de marzo de 2014, toda vez no recabó la firma por consentimiento

²⁷ CNDH. Recomendación General 29/2017 p. 34 y 33/2016 p. 105, entre otros.

informado de la paciente, por tanto, incumplieron los puntos 10.1, 10.1.1.8, 10.1.1.9 y 10.1.1.10 de la referida norma oficial mexicana.

129. Las irregularidades descritas en la integración de los expedientes clínicos, en este caso 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.²⁸

130. 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.²⁹

131. 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

²⁸ CNDH. Recomendaciones 1/2019 p145, 71/2018 p 243 y 33/2016 p106, entre otros.

²⁹ CNDH. Recomendaciones 1/2019 p146 y 71/2018 p.244.

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.³⁰

132. En la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”³¹, 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.”

E. RESPONSABILIDAD.

133. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las acciones u omisiones ya descritas, consistentes en violación al derecho a la protección a la salud por inadecuada atención médica en agravio de V1 que derivó en la pérdida de la vida y violación al derecho de acceso a la información, respecto a la atención médica de una persona mayor.

³⁰ CNDH. Recomendaciones 1/2019 p.147 y 71/2018 p.2145.

³¹ CrIDH. Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 68.

134. Este Organismo Nacional considera que las acciones u omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por la autoridad correspondiente de conformidad con lo previsto en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos, y artículos 303 y 303 A) 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. Así, aunque 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 de la paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

135. 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:

135.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 para que se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda.

135.2. Denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, para que se inicie la carpeta de investigación correspondiente por los hechos que derivaron en las violaciones a los derechos humanos acreditados en el presente caso, con el objeto de que se determine su responsabilidad penal.

F. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL.

136. De las evidencias analizadas, se acreditó la responsabilidad institucional del Hospital General 24, por lo siguiente:

136.1. No se garantizó el derecho a la protección a la salud de V1, pues no se le proporcionó la atención que requería en un hospital de tercer nivel con motivo de la gravedad y complejidad del padecimiento que presentó, según los artículos 70 fracción II y 73 del Reglamento de la Ley General de Salud.

136.2. La falta de médico anestesiólogo para realizar una cirugía urgente, como lo asentó AR4 en la nota médica de las 23:10 horas de 13 de marzo de 2014, cuando la diagnosticó con *“hernia umbilical encarcerada”* e indicó una laparotomía exploradora, sin embargo, dejó pendiente su pase a quirófano al señalar *“en cuanto contemos con anestesiólogo”*, sin que realizara alguna acción diferente para no postergar la cirugía.

136.3. El personal de la Unidad de Cuidados Intensivos asentó en las notas de 27 y 29 de marzo de 2014, que V1 presentaba un síndrome de disfunción multisistémica, no obstante no pudo ser ingresada a terapia intensiva bajo el argumento de que *“no hay camas disponibles en el servicio*

ya que esta 100% pacientes”, y aún cuando V1 se encontraba inestable hemodinámicamente, indicaron “por el momento no contamos con espacio físico”.

137. De lo anterior se advirtió que durante la atención médica de V1, no había personal idóneo (anestesiólogo) y de espacio físico en el servicio de cuidados intensivos, lo que en el caso particular devino en incumplimiento del deber de atención de la paciente mayor de edad y constituye una falta de garantía integral de los servicios de salud en beneficio de las personas usuarias de las instituciones públicas de salud.

138. La Organización Mundial de la Salud, ha establecido que el Estado debe garantizar que *“los médicos y otro personal de salud sean suficientes y tengan capacitación adecuada”*.³²

139. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General 14 sobre *“el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, enumera en el párrafo 12 los elementos básicos del derecho a la salud, siendo éstos: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad. En cuanto a la disponibilidad, el Comité indicó que en los *“establecimientos públicos de salud”*, no puede faltar *“personal médico y profesional capacitado”*.

140. La falta de personal médico especializado implica responsabilidad institucional para el IMSS que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, pues no se garantizó una atención médica profesional y de calidad para V1, acorde con lo previsto en los artículos 48 del

³² Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud. Folleto Informativo No. 31. Pág. 39.

Reglamento de la Ley General de Salud y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que en términos generales establecen que los pacientes tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes, lo que le hubiera generado mejor pronóstico de sobrevivencia a V1.

141. Lo anterior concatenado con el artículo 7, párrafos primero y tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que establece *“Instituto será corresponsable con el personal (médicos, enfermeras y servicios auxiliares de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes), en relación con el artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud, que prevé: “En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo”.*

142. El diverso 26 del mismo ordenamiento decreta *“Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría”,* por lo que se advierte responsabilidad institucional del IMSS, que debió procurar la disponibilidad y calidad en los servicios de salud del Hospital General 24 y/o en el hospital más cercano, y así asegurar una atención acorde con el estado de V1.

143. De las constancias médicas se advirtió que el propio personal médico del Hospital General 24 reconoció la falta de médico anestesiólogo que debió atender a V1 ante una urgencia por el dolor abdominal que presentaba, sin que solicitaran apoyo a diverso nosocomio.

144. En consecuencia, en un plazo de seis meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, el IMSS deberá tomar todas las medidas de carácter legal, administrativo, financiero o de otra índole, para que el Hospital General 24 cuente con médicos anesthesiologist and infrastructure to provide integral and quality care to the right-holders, or in its case, be channeled to the patients where there is personnel suitable to attend the urgency of the case.

145. Este Organismo Nacional advirtió que de las notas médicas que obran en el expediente de queja en la atención de V1, intervinieron alumnos internos de pregrado:

145.1. Nota médica de las 14:00 horas de 14 de marzo de 2014 y a las 10:00 horas del 17 del mismo mes y año, en la que se hizo constar que los alumnos internos de pregrado 1 y 2 valoraron a V1.

145.2. Nota de reingreso de las 15:30 horas de 9 de abril de 2014, en la que alumno interno de pregrado 3 reportó a V2 con necrosis de la colostomía y material seropurulento no fétido en cavidad abdominal.

145.3. Nota médica de 29 de marzo de 2014, V1 ingresó al servicio de cirugía general a las 18:00 horas, quedando a cargo sólo del alumno interno de pregrado 4, quien solicitó interconsulta a terapia intensiva.

145.4. Nota de evolución de las 09:00 horas del 1° de mayo de 2014, en la que alumno interno de pregrado 5 asentó que se tenía interconsulta en el Hospital “La Raza” para valoración de nutrición parental y cirugía general, la

cual no se llevó a cabo por no contar con estudios de laboratorio actualizados.

146. Sin embargo, se advirtió de tales notas médicas la ausencia del nombre y firma del médico de base o adscrito al turno responsable de V1, lo que acreditó que los alumnos internos de pregrado no estuvieron supervisados por el médico responsable del control, asesoría y evaluación, lo cual es preocupante porque puede ocasionar graves consecuencias para la salud de los pacientes.

147. Por lo tanto, se infringieron los numerales 5.7, 9.3.1 y 10.5 de la Norma Oficial Mexicana *NOM-001-SSA3-2012, “Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas”*, publicada el 4 de enero de 2013, que en términos generales prevén que los médicos residentes estarán bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular o adjunto en las actividades diarias, asistenciales y de guardia, académicas y de investigación que lleven a cabo los mismos durante su residencia.

148. Lo anterior debido a que los médicos residentes cursan estudios de especialización que constituyen el conjunto de actividades académicas y prácticas que realizan con el propósito de obtener conocimientos amplios y capacitarse en el ejercicio de alguna rama de la medicina; en ese sentido, los médicos en proceso de formación de una especialidad, podrán atender a los pacientes, pero siempre bajo la supervisión de un médico responsable, excepto cuando se encuentre en riesgo inminente la vida del paciente.

149. El personal médico adscrito al servicio de cirugía general contravino el punto 5.5.2 de la *NOM-234-SSA1-2003 “Utilización de campos clínicos e internado de*

pregrado” al no contar con un médico responsable de control, supervisión, asesoría y evaluación de los alumnos durante el desarrollo del curso, por cada área de rotación.

150. La falta de personal médico que supervisara a los médicos residentes, inobservó los numerales 9, 9.3.1, 9.5, 10, 10.5, 11 y 11.4 de la NOM-001-SSA3-2012, que puntualizan que los médicos en proceso de formación de la especialidad podrán atender a los pacientes que se les encomiende, siempre que estén sujetos a las indicaciones y asesoría de los médicos adscritos de base, lo que en el caso particular no aconteció por la ausencia del médico que debería haber supervisado a los alumnos internos de pregrado.

151. Las irregularidades descritas repercutieron en el deterioro de la salud de V1 que impidieron garantizar con efectividad su derecho a la protección a la salud.

G. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

152. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, 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 personas servidoras públicas 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.

153. 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 y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por inadecuada atención médica de V1 y a su vida se deberá inscribir a V1 y V2 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que, V2 y demás familiares que, conforme a derecho, corresponda el 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.

154. 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 CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

155. 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”*³³.

156. Sobre el *“deber de prevención”* la CrIDH, sostuvo que: *“(...) el derecho a la salud es un derecho autónomo protegido por el artículo 26 de la Convención Americana (...) este derecho en situaciones de urgencia exige a los Estados velar por una adecuada regulación de los servicios de salud, brindando los servicios*

³³CrIDH. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

necesarios de conformidad con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación, pero también brindando medidas positivas respecto de grupos en situación de vulnerabilidad (...) las personas mayores gozan de un nivel reforzado de protección respecto de servicios de salud de prevención y urgencia (...) a fin de que se impute la responsabilidad del Estado por muertes médicas es necesario que se acredite la negación de un servicio esencial o tratamiento pese a la previsibilidad del riesgo que enfrenta el paciente, o bien una negligencia médica grave, y que se corrobore un nexo causal entre la acción y el daño. Cuando se trata de una omisión se debe verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso; v) la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de la integridad personal (...)'³⁴.

157. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión a los derechos humanos de V1, que se tradujo en su inadecuada atención médica que derivó en la pérdida de la vida, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Rehabilitación.

158. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, la atención psicológica y tanatológica que requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su

³⁴CrIDH. “Caso Poblete Vilches y Otros vs. Chile” Sentencia del 8 de marzo de 2018, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 174.

sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V1 que derivó en su fallecimiento.

159. 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.

ii. Satisfacción.

160. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa y la denuncia que se presenten ante las instancias competentes y se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

161. Se deberán incorporar copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de los servidores públicos involucrados, aun cuando ya no laboren en el IMSS.

iii. Medidas de no repetición.

162. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, además es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el término de tres meses después de la aceptación de la presente

Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, la debida observancia y el contenido de todas las normas oficiales mexicanas mencionadas en la presente Recomendación, con especial énfasis en los estándares desarrollados por esta Comisión en la Recomendación General 29 *“sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, emitida el 31 de enero de 2017, a todo el personal médico del Hospital General 24 en la Ciudad de México, el cual debe ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberá impartirse por personal calificado.

163. Los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

164. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se instruya a los servidores públicos del Hospital General 24 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.

165. Se deberá establecer un protocolo que garantice la supervisión permanente a los médicos residentes durante su capacitación clínico, quirúrgica y/o de campo, a los médicos internos de pregrado y de base del Hospital General 24.

166. En el término de seis meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá generar las acciones indispensables a fin de que el Hospital General 24 cuente con médicos anestesiólogos e infraestructura, o en su caso, se canalice a los pacientes a donde se cuente con el personal idóneo para atender la urgencia de que se trate y de esta manera sea garantizado el derecho a la protección de la salud con calidad a los derechohabientes.

167. Emitir una circular en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación dirigida al personal médico del Hospital General 24, en la que se les exhorte entregar copia de la certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa.

168. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el *“Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”*³⁵, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

iv. Compensación.

³⁵ Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.

169. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda por el fallecimiento de V1, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación 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. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral por los daños causados a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo del deceso de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, se les otorgue atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore en la integración de la carpeta de investigación con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formulará ante el Agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR1, AR2, AR3, AR4

y AR5, y remita a esta Comisión Nacional, las constancias que acrediten dicha colaboración.

TERCERA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Con independencia de las determinaciones del Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social respecto a la intervención de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 se deberá anexar copia de la presente Recomendación, en sus expedientes laborales, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el término de seis meses se 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.

SEXTA. Se giren las instrucciones respectivas para que en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación se deberá emitir una Circular al personal médico, en la que se exhorte 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 con diligencia similares al que nos ocupa, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Diseñar e impartir en el término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación un curso integral al personal médico del Hospital General 24 del IMSS, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos y atención médica a personas adultas mayores; de conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas y guía de práctica clínica señaladas en la presente Recomendación. El contenido del curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea, a fin de que pueda ser consultado con facilidad, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. Se instruya a quien corresponda para que se establezca un protocolo que garantice la supervisión, por parte de médicos autorizados para ello, del personal en proceso de formación, ya sean residentes o de servicio social, durante su capacitación clínica, quirúrgica y/o de campo en el Hospital General 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México, hecho lo cual se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

NOVENA. Se giren instrucciones a quien corresponda para que en el término de seis meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá generar las acciones indispensables a fin de que el Hospital General 24 cuente con médicos anestesiólogos e infraestructura que garantice el disfrute del derecho

a la protección de la salud con calidad a los derechohabientes, y remita a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

DÉCIMA. Designar a una persona servidora pública 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.

170. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos del artículo 1°, 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.

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

172. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta

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

173. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, 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

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ