

## RECOMENDACIÓN No. 75/2018



**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA, POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA, EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL RURAL-PROSPERA 54, EN TLALTENANGO DE SÁNCHEZ ROMÁN, ZACATECAS.**

Ciudad de México, a, 20 de diciembre 2018

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/5/2017/3787/Q, relacionado con el caso de V.
2. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves y abreviaturas utilizadas para distintas personas involucradas en los hechos, indagatorias ministeriales, y expedientes administrativos son los siguientes:

<b>CLAVE</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
QV	Quejoso/víctima indirecta
V	Víctima directa
SP	Persona Servidora Pública.
AR	Autoridad Responsable.
Carpeta de Investigación	Carpeta Única de Investigación relacionada con los hechos materia de la queja.
Queja	Expediente de Queja iniciado en la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas, por los mismos hechos.
Queja Médica	Queja Médica relacionada con los hechos motivo de la queja.

**3.** Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4°, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78 párrafo uno, parte segunda y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; y 3, 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>ACRÓNIMO</b>
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital Rural-Prospera No. 54 del IMSS, en Tlaltenango de Sánchez Román, Zacatecas.	Hospital Rural
Hospital General Jerez de los Servicios de Salud del Estado de Zacatecas.	Hospital General
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas.	Comisión Local
Procuraduría General de Justicia del Estado de Zacatecas.	Procuraduría Estatal

## **I. HECHOS.**

**5.** El 19 de mayo de 2017, la Comisión Local remitió por razones de competencia a esta Comisión Nacional la queja de QV1 presentada el 15 de diciembre de 2016, en la que señaló que el 19 de noviembre de ese año, su hermana V, de 41 años, acudió con un médico particular ya que presentaba un dolor abdominal, el cual le indicó que mejor acudiera al Hospital Rural, para que le realizaran unos estudios; que en dicho nosocomio permaneció internada dos días, pero al continuar con los malestares regresó el 25 de noviembre de 2016, siendo nuevamente hospitalizada.

**6.** El 30 de noviembre de 2016, V fue dada de alta, pero una enfermera, de la cual desconoce el nombre, le dijo que no se veía bien y después de tomarle la temperatura y los signos vitales, le indicó que le pidiera al médico que la internara, siendo que posteriormente otro médico del Hospital Rural dio la orden de que la trasladaran al Hospital General, donde la operaron en dos ocasiones y le informaron que estaba reaccionando favorablemente, el 9 de diciembre de 2016 le dio un paro cardiorrespiratorio, falleciendo ese día.

7. El 28 de febrero de 2017, QV2 ratificó ante la Comisión Local la queja presentada por QV1 y agregó que la atención médica que le brindaron a V en el Hospital General fue buena, pero en el Hospital Rural no, ya que los médicos acudían a revisarla sólo una vez al día y no le dieron atención rápida.

8. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente CNDH/5/2017/3787/Q, y para documentar las violaciones a derechos humanos se solicitó información al IMSS, y en colaboración a la Procuraduría, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

## **II. EVIDENCIAS.**

9. Oficio CV/88/2017, de 19 de mayo de 2017, a través del cual la Comisión Local remitió el expediente de queja EQ, en el que obran entre otras constancias:

9.1. Comparecencias de QV1 y QV2, a través de las cuales denunciaron violaciones a derechos humanos en perjuicio de V, atribuidas a personal del Hospital Rural.

9.2. Oficio 225/17, de 23 de marzo de 2017, mediante el cual el director del Hospital General remitió copia certificada del expediente clínico elaborado con motivo de la atención médica brindada a V, del que destacan las siguientes documentales:

9.2.1. Nota Inicial de Urgencias Adultos de 30 de noviembre de 2016, elaborada por SP1, en la que se estableció que V fue enviada por el Hospital Rural por falta de respuesta al tratamiento, solicitándose valoración por Cirugía General y paraclínicos.

**9.2.2.** Nota Post-operatoria de 30 de noviembre de 2016, elaborada por SP2, en la que se estableció como diagnóstico postoperatorio que V presentaba apendicitis fase IV<sup>1</sup> con peritonitis generalizada<sup>2</sup>.

**9.2.3.** Nota de evolución de 5 de diciembre de 2016, suscrita por SP1, en la que señaló que V cursaba con evolución tórpida posterior a primer evento quirúrgico, debido a las complicaciones adquiridas durante su hospitalización en el nosocomio del cual fue referida, por el retraso en el diagnóstico y tratamiento de su padecimiento.

**9.2.4.** Nota de egreso de 9 de diciembre de 2016, suscrita por SP3, en la que se estableció que V requirió reintervención quirúrgica, ya que persistía con drenaje purulento y fecal a través de denobrag<sup>3</sup>, que cayó en forma abrupta la frecuencia cardíaca hasta llegar a la asistolia (ausencia de actividad cardíaca), por lo que se iniciaron medidas de reanimación avanzada sin respuesta, falleciendo a las 15:40 horas.

**9.2.5.** Certificado de Defunción de V, con número de folio 160808117, en el que se puntualizó que falleció el 9 de diciembre de 2016 por *“shock séptico, sepsis abdominal y, peritonitis generalizada y apendicitis fase IV”*.

**10.** Oficio 095217614BB1/1512, de 7 de junio de 2017, a través del cual el IMSS remitió el informe rendido por SP4, así como las entrevistas realizadas a AR1, AR3 y AR4 en la Casa de Justicia, de la Procuraduría, en los que detallan la atención médica proporcionada a V en el Hospital Rural.

---

<sup>1</sup> Inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal de moco asociado con poca elasticidad de la serosa. La Fase IV corresponde a apéndice perforada.

<sup>2</sup> Inflamación del peritoneo que es la capa que cubre interiormente la cavidad abdominal y las vísceras.

<sup>3</sup> Instrumento de plástico empleado para drenar constantemente colección de líquidos.

**11.** Oficio 095217614BB1/1594, de 15 de junio de 2017, a través del cual el IMSS remitió copia del expediente clínico integrado por los servicios médicos otorgados a V en el Hospital Rural, del que destacan las siguientes documentales:

**11.1.** Reporte de ultrasonido abdominal, de 16 de noviembre de 2016, suscrito por P1, en el que estableció como impresión diagnóstica "*probable pielonefritis derecha*".

**11.2.** Nota de Valoración Inicial de Urgencias de 19 de noviembre de 2016, suscrita por SP5, en la que señaló que "*...se toma tira reactiva urinaria la cual reporta presencia de leucocitos negativo...*" y solicitó interconsulta a Cirugía General.

**11.3.** Nota de ingreso a servicio de cirugía de 19 de noviembre de 2016, suscrita por AR1 en la que asentó que V ingresó a dicho servicio para manejo del dolor y vigilancia.

**11.4** Nota de evolución de cirugía general de 20 de noviembre de 2016, sin firma, en la que se estableció que V se encontraba estable, asintomática y con adecuada tolerancia a la vía oral, continuando con el manejo establecido.

**11.5.** Nota de Valoración Inicial de Urgencias de 24 de noviembre de 2016, suscrita por SP6, a través de la cual estableció como plan que V pasara a hospitalización a cargo de Cirugía General, solicitando ultrasonido abdominal y pélvico para descartar problemas, como "*absceso abdominal, apendicitis o litiasis.*"

**11.6.** Nota de Ingreso a Piso de Cirugía de 24 de noviembre de 2016, elaborada por AR2, en la que se señaló como impresión diagnóstica probable "*Constipación Intestinal/Coprostasis*" (enlentecimiento de los movimientos del estómago y el intestino/estancamiento de las heces en el intestino).

**11.7.** Nota de Evolución de Cirugía General de 25 de noviembre de 2016, elaborada por AR3, en la que indicó que “...*por la presencia de sangre en la orina se apoya el diagnóstico de pielonefritis* (infección del riñón y de los conductos que llevan la orina del riñón –uréteres- a la vejiga)”.

**11.8.** Reporte de ecografía abdominal, de 25 de noviembre de 2016, suscrito por P2, en el cual concluyó que la imagen era compatible con “*SIGNOS DE ILEO METABOLICO VS SUBOCLUSIÓN INTESTINAL, ASCITIS CANTIDAD MODERADA (SE SUGIERE VALORACIÓN DE RIÑONES).*”

**11.9.** Nota de Evolución de Cirugía General de 28 de noviembre de 2016, suscrita por AR3, en la que indicó como impresión diagnóstica probable cuadro compatible con “*pielonefritis*”.

**11.10.** Nota de Referencia-Contrareferencia de 30 de noviembre de 2016, suscrita por SP3 y AR4, en la que se estableció como motivo de envío al Hospital General, entre otras causas, falta de respuesta favorable al tratamiento, requiere estudios auxiliares de diagnóstico y presencia de complicaciones.

**12.** Oficio 2907/2017-II, de 18 de julio de 2017, mediante el cual la Procuraduría Estatal remitió a este Organismo Nacional copia certificada de la Carpeta de Investigación iniciada por el “hecho que la ley señala como negligencia médica”, en agravio de V, y en contra de quien o quienes resulten responsables, de la que destacan las siguientes documentales:

**12.1.** Nota de Valoración de Cirugía de 19 de noviembre de 2016, suscrita por AR1, en la que registró que se hospitalizaría a V “...*para inicio de manejo de IV de la patología, así como para continuar con la vigilancia y toma de estudios complementarios*”.

**12.2.** Nota de Alta de Cirugía de 21 de noviembre de 2016, suscrita por SP3 y AR1, en la que se establecieron como diagnósticos de ingreso de V “*pielonefritis aguda*”<sup>4</sup> y de egreso “*sana*”.

**12.3.** Nota de Evolución de Cirugía General de 26 de noviembre de 2016, suscrita por AR1, en la que señaló que V presentaba distensión abdominal, sin mejoría respecto a su ingreso con poca tolerancia a la vía oral y que se inició tratamiento con laxantes para aliviar la oclusión.

**12.4.** Nota de Evolución Turno Nocturno de Cirugía General, de 27 de noviembre de 2016, suscrita por AR4, en la que estableció que V negó presencia de náuseas y vómito, no canaliza gases ni ha presentado evacuaciones.

**13.** Oficio 095217614C21/1809, de 15 de agosto de 2018, a través del cual el IMSS informó que la Comisión Bipartita del H. Consejo Técnico de ese Instituto emitió acuerdo del 1 de junio de 2018, en el que determinó improcedente la QM interpuesta por QV1.

**14.** Dictamen médico de 11 de septiembre de 2018, elaborado por especialista médico de esta Comisión Nacional respecto de la atención brindada a V en el Hospital Rural y en el Hospital General, en el que determinó que AR1, AR2, AR3 y AR4 incurrieron en negligencia por omisión, lo que contribuyó al deterioro del estado de salud de V.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA.**

**15.** El 19 de noviembre de 2016, V ingresó al Hospital Rural debido al dolor abdominal que presentaba siendo dada de alta tres días después. Al continuar con los malestares el 21 del mismo mes ingresó de nueva cuenta a ese nosocomio y al no

---

4 Infección del riñón que se caracteriza por dolor al paso de la orina, fiebre > 38° C, dolor de flanco, náuseas, vómitos y malestar en el ángulo costovertebral. Los leucocitos casi siempre están presentes en la orina.



responder al tratamiento fue referida al Hospital General, donde falleció el 9 de diciembre de 2016.

**16.** Con motivo del fallecimiento de V, QV1 formuló denuncia el 15 de diciembre de 2016, ante la Procuraduría, lo que dio origen a la Carpeta de Investigación, que actualmente se encuentra en trámite.

**17.** Por su parte, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS resolvió, el 1° de junio de 2018, como improcedente la Queja Médica.

#### **IV. OBSERVACIONES.**

**18.** Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2017/3787/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el caso cuenta con elementos que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, por inadecuada atención médica, en agravio de V, atribuibles a AR1, AR2, AR3 y AR4, personal médico del Hospital Rural, ello de acuerdo a las siguientes consideraciones.

##### **A. Derecho a la protección de la salud.**

**19.** La protección de la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.<sup>5</sup>

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

---

<sup>5</sup> CNDH. Recomendaciones 66/2016, p. 28; 14/2016, p. 28; 56/2017, p. 42 y 50/2017, p.22.

y ordenamiento jurídico nacional, *“de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población.”*<sup>6</sup>

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

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

---

<sup>6</sup> Tesis Constitucional. *“Derecho a la Salud. Forma de cumplir con la Observación General número 14 del Comité de los Derechos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, para garantizar su disfrute”*; Semanario Judicial de la Federación, octubre de 2013, registro 2004683 y Tesis constitucional y administrativa. *“Derecho a la Salud. Su regulación en el artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su complementariedad con los Tratados Internacionales en Materia de Derechos Humanos”*. Semanario Judicial de la Federación, julio de 2008, registro 169316.

*derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”.*

**23.** La Suprema Corte de Justicia de la Nación en la tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección<sup>7</sup>, expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra *“el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”*, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo esta como *“la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente.”*

**24.** Para garantizar la adecuada atención médica a la niñez, se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.

**25.** 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.<sup>8</sup>

**26.** 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”*.

**27.** En el presente caso, el 19 de noviembre de 2016, V no presentó mejoría del dolor abdominal de cinco días de evolución, el cual no cedía a tratamiento farmacológico prescrito por un médico particular que la diagnóstico con *“pielonefritis derecha”*, por

---

<sup>7</sup> *“Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.”* Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530. CNDH. Recomendaciones 56/2017, p. 46; 50/2017, p. 26; 66/2016, p. 32 y 14/2016, p. 32.

<sup>8</sup> Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*. 219/418

lo que acudió al Hospital Rural, al que ingresó a las 08:30 horas del mismo 19 de noviembre, siendo valorada por SP4, quien indicó que se tomara tira reactiva urinaria la cual reportó presencia de leucocitos negativo, estableció el diagnóstico de dolor abdominal en estudio; además indicó la aplicación de un medicamento analgésico (metamizol) y un antiespasmódico abdominal (butilioscina) y solicitó interconsulta a Cirugía General.

**28.** A las 10:00 horas del 19 de noviembre de 2016 se realizó la valoración médica en el Servicio de Cirugía General por AR1, determinando el ingreso hospitalario de V para instaurar un manejo farmacológico intravenoso, así como vigilancia y la realización de estudios de laboratorio complementarios.

**29.** En la valoración efectuada por AR1 a las 17:50 del Servicio de Cirugía General (nueve horas y veinte minutos posteriores a su ingreso y siete horas con cincuenta minutos después de la última valoración) V se refirió con disminución del dolor abdominal, sin embargo, se indicó que continuaba con el abdomen distendido, timpánico,<sup>9</sup> doloroso a la palpación en el hipocondrio derecho y en el hipogastrio, intranquila, en regular estado de hidratación y con un signo de Giordano izquierdo positivo<sup>10</sup>, no obstante se plasmó que se encontraba en buenas y estables condiciones generales de salud.

**30.** El 20 de noviembre de 2016, AR1 indicó que V se encontraba asintomática, sin distensión abdominal, fiebre náusea y/o vómito, con evacuaciones y ruidos peristálticos<sup>11</sup>, presentes y normales, sin datos de irritación peritoneal<sup>12</sup> y sin dolor a la palpación superficial o profunda; sin embargo, en los estudios de laboratorio

---

<sup>9</sup> Sonido de timbre agudo que se percibe durante la dilatación del estómago o del intestino por gases.

<sup>10</sup> Dolor despertado al percutir sobre una mano del explorador posicionada sobre la región lumbar del paciente, usualmente referido como positivo en pielonefritis y urolitiasis.

<sup>11</sup> Movimiento rítmico, ondulatorio y automático que, de manera progresiva, desarrollan algunos órganos con el objetivo de permitir el paso de un elemento.

<sup>12</sup> Conjunto de signos de la exploración abdominal que indican la inflamación del peritoneo visceral o parietal.

realizados el día anterior, se evidenció un número elevado de leucocitos, continuando con el manejo previamente establecido.

**31.** El 21 de noviembre de 2016, dos días posteriores a su ingreso, AR1 decidió el egreso de V, señalando que cursó con una infección del tracto urinario remitida, e indicó un antibiótico (ciprofloxacino) y un medicamento antiséptico y analgésico auxiliar en el tratamiento de infecciones de vías urinarias (fenazopiridina), sin embargo, acotó que persistía el dolor abdominal a la palpación y como diagnóstico de egreso “sana”, lo que implicaba una resolución del problema presentado por V a su ingreso, situación que no ocurrió.

**32.** En el dictamen emitido por especialista médico de esta Comisión Nacional, se estableció que a pesar de que en la “Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la pielonefritis aguda no complicada en el adulto”, se recomienda no utilizar tiras reactivas para establecer ese diagnóstico, AR1 la utilizó, aunado al hecho de que no reportó la presencia de leucocitos, como se precisa para corroborar el citado diagnóstico.

**33.** En relación con el diagnóstico anterior, quedó establecido también en el dictamen médico de este Organismo Nacional, que si bien algunos de los datos reportados como fiebre, náusea y vómitos se pueden presentar en una pielonefritis, también se manifiestan en otras patologías de origen gastrointestinal, además se debe resaltar que V no refirió cursar con una sintomatología dolorosa urinaria, ni se realizaron los estudios diagnósticos pertinentes para confirmar el citado padecimiento. Por tanto, no se puede tener por cierto que V cursaba con una infección del tracto urinario superior.

**34.** En el citado dictamen médico se observó que V no fue suficientemente estudiada conforme al padecimiento referido, puesto que en forma clara señaló como motivo de atención un dolor abdominal, el cual se precisó estaba en estudio, lo que obligaba al médico tratante a implementar un protocolo de atención de manera integral, pero AR1 soslayó tal hecho, ya que indicó su egreso hospitalario precipitado, sin contar con un diagnóstico de certeza sustentado por una adecuada exploración física y la

realización de estudios complementarios, lo que contribuyó al deterioro del estado de salud de V.

**35.** Ante la inadecuada atención de AR1, a las 17:50 horas del 24 de noviembre de 2016, V fue llevada nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Rural, refiriendo náuseas y dolor abdominal tipo cólico, intenso y progresivo en el flanco derecho con irradiación a hipogastrio y a la fosa iliaca izquierda, de tres días de evolución, lo que confirmó una falta de resolución al problema médico que presentó en su anterior hospitalización.

**36.** Lo expuesto corrobora que personal del IMSS no apegó la atención que dio a V, a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que prevé en su artículo 8 que las actividades del personal que presta dicho servicio serán de índole PREVENTIVO, “CURATIVO” (teniendo por objeto “*un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos*”) y DE REHABILITACIÓN (“*que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física y mental*”), debido a que no otorgó una debida vigilancia en relación al diagnóstico del dolor abdominal que motivo la solicitud de atención médica, omitiendo también implementar los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para identificar el origen de dicho padecimiento.

**37.** Como quedó establecido, el 24 de noviembre de 2016, a las 17:50 horas, V acudió por segunda ocasión al Hospital Rural, con los síntomas ya referidos, observándose a la exploración deshidratada, pálida, febril, y con distensión abdominal, por lo que se establecieron los diagnósticos de dolor abdominal en estudio y probable pielonefritis refractaria a tratamiento, solicitando ultrasonido abdominal y pélvico para descartar problemas, como “*absceso abdominal, apendicitis o litiasis*”.

**38.** A las 21:20 horas del mismo día, tres horas con treinta minutos posteriores al ingreso de V, fue valorada por AR2, quien advirtió en la exploración física que presentaba distensión abdominal y con timpanismo (sonido ocasionado por la

presencia de gas en los intestinos o la cavidad peritoneal), sin evacuaciones durante el transcurso del día y con signos apendiculares negativos, por lo que indicó que se continuara con el tratamiento farmacológico para el diagnóstico de pielonefritis.

**39.** Cabe destacar que, no obstante que en la nota de valoración inicial del 24 de noviembre de 2016 se registró que V se encontraba en su periodo menstrual, AR3 indicó en la valoración del 25 de noviembre de 2016 que la presencia de sangre en el examen general de orina, así como el reporte del estudio de ultrasonido efectuado el 16 del mes, confirmaban el diagnóstico de pielonefritis.

**40.** Al respecto, el especialista médico de esta Comisión Nacional señaló en el dictamen médico que el citado diagnóstico se establece por la evaluación de síntomas compatibles con el mismo ( $\geq 20$  leucocitos por campo) y la presencia de leucocitos en la orina mediante un examen general de orina y/o un urocultivo confirmatorio con al menos 10 000 unidades formadoras de colonias por  $\text{mm}^3$ , sin embargo, el médico tratante fue omiso en solicitar una prueba de imagen para el diagnóstico certero de este padecimiento, pues la misma tiene como objetivo descartar alteraciones anatómicas, signos de obstrucción o abscesos renales.

**41.** Asimismo, destacó que en la Guía de práctica clínica “Diagnóstico y Tratamiento de la Pielonefritis Aguda no Complicada en el Adulto”, se recomienda no efectuar una sospecha diagnóstica de una infección de vías urinarias basada solo en la apariencia de la orina, ya que ésta tiene un gran error interobservador, por lo que el diagnóstico establecido por AR3 careció de sustento técnico, aunado a que empleó una técnica para diagnóstico inadecuada y, por ende no se estableció un diagnóstico certero y tratamiento oportuno.

**42.** En el referido dictamen médico se precisó que los estudios de laboratorio y gabinete que se solicitan a un paciente son en todo momento auxiliares y complementarios para establecer un diagnóstico, sirven para valorar la evaluación de la enfermedad en cuanto a daño, limitación o mejoría se refiere, como parámetros de control de la misma ante un tratamiento previamente establecido, y en algunos casos como indicadores predictivos del padecimiento; asimismo, señaló que es

importante destacar que estos estudios, de manera aislada, no pueden ni deben considerarse como elementos únicos para definir un diagnóstico o la gravedad de una patología ni establecer el pronóstico de ésta, ya que siempre se deberá realizar una correlación entre los resultados obtenidos con la información recolectada por una cuidadosa entrevista del paciente por el médico tratante y las manifestaciones clínicas, sin que esto hubiese ocurrido en el presente caso.

**43.** El 25 de noviembre de 2016, se realizó a V un nuevo ultrasonido abdominal, el cual reportó la presencia de signos ecográficos compatibles con íleo metabólico (parálisis del intestino secundario a un descontrol metabólico) o suboclusión intestinal (oclusión parcial del intestino) y ascitis (cúmulo anormal de líquido en la cavidad abdominal) en moderada cantidad, por lo que los días 26 y 27 del mismo mes, AR1 y AR4 determinaron que V presentaba obstrucción intestinal<sup>13</sup>, ante lo cual prescribieron medicamentos laxantes, pero sin profundizar al respecto. En los días subsecuentes que V permaneció hospitalizada, se asentó en diversas ocasiones que persistía de forma intermitente con dolor y distensión abdominal, poca tolerancia a la vía oral, peristalsis (contracción natural del estómago y de los intestinos por la cual se impulsan de arriba abajo las materias contenidas en el tubo digestivo) disminuida sin evacuaciones ni canalización de gases.

**44.** A las 10:30 horas del 28 de noviembre de 2016, AR3 describió que V cursaba con un cuadro enmascarado por los medicamentos analgésicos que se le administraron como parte del manejo del dolor abdominal referido, no obstante, reiteró el diagnóstico de pielonefritis.

**45.** Al respecto, en el dictamen médico de este Organismo Nacional se explicó que las manifestaciones clínicas de la obstrucción intestinal se prevén dentro del cuadro de abdomen agudo y comprenden el dolor insidioso o intenso de tipo cólico, vómitos, ausencia de eliminación de heces y gases, y distensión intestinal cuando la evolución es prolongada. También señaló que el diagnóstico es clínico, sin embargo, se auxilia

---

<sup>13</sup> Detención del tránsito intestinal, de forma completa y persistente en cualquier tramo intestinal (intestino delgado o grueso) por causas orgánicas o funcionales; puede ser aguda o crónica, mecánica o adinámica, simple o estrangulada.



de estudios de gabinete complementarios y el tratamiento, en función de la etiología del cuadro será conservador o quirúrgico, por lo que los médicos tratantes no consideraron los resultados de los estudios realizados y las manifestaciones clínicas que concurrían en V, los cuales sugerían un cuadro de un probable abdomen agudo; del mismo modo, no previeron la posibilidad de que cursara con un cuadro apendicular enmascarado por la administración de medicamentos analgésicos, que se prescribieron de manera inicial al momento en que V acudió a valoración hospitalaria por referir un dolor abdominal.

**46.** El 30 de noviembre de 2016, SP3 y AR4 solicitaron el envío urgente de V al Hospital General, toda vez que persistía con dolor y distensión abdominal a pesar del tratamiento instaurado y con el diagnóstico de dolor abdominal en estudio.

**47.** Ese mismo día, a las 02:56 horas, V ingresó al Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General, siendo valorada por SP1, quien estableció que fue enviada por el Hospital Rural por falta de respuesta al tratamiento, solicitándose valoración por Cirugía General y paraclínicos.

**48.** En la valoración realizada en el Servicio de Cirugía General se indicó que V presentaba un cuadro clínico consistente en distensión y dolor abdominal generalizado, peristalsis ausente, datos clínicos de irritación peritoneal, percusión mate de flancos debido a ascitis, taquicardia y taquipnea, así como desequilibrio hidroelectrolítico. Se efectuó un ultrasonido abdominal que evidenció la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal por una probable perforación de víscera hueca (cualquiera de los tramos del tubo digestivo, especialmente en el abdomen) secundaria a un probable proceso obstructivo alto.

**49.** Por la situación descrita se determinó que V ameritaba una intervención quirúrgica, en la que una vez realizada se identificó la presencia de un abdomen congelado (pérdida de los espacios naturales libres entre los órganos intraabdominales), peritonitis generalizada (infección en toda la cavidad abdominal), abscesos interasa (colección de pus entre las curvaturas del intestino) en la cavidad abdominal, así como material purulento en una cantidad de dos litros

aproximadamente, por lo que se estableció el diagnóstico de apendicitis aguda fase IV.

**50.** El especialista de esta Comisión Nacional explicó que el cuadro clínico de apendicitis comprende dolor abdominal (hasta el 100% de los casos), anorexia (99%), hipersensibilidad o dolor en cuadrante inferior derecho (96%), náuseas (90%), vómito (75%), fiebre menor de 30°C (69%), migración del dolor (periumbilical a cuadrante inferior derecho 50%), hipersensibilidad al rebote (26%), defensa muscular en cuadrante inferior derecho (21%), y datos de respuesta inflamatoria (leucocitos).

**51.** Derivado de lo anterior, explicó que el diagnóstico en estos casos es clínico, sin embargo, debe ser respaldado por estudios paraclínicos de laboratorio e imagen, en virtud de que las manifestaciones clínicas pueden ser inciertas e incluso similares a otras patologías y que el diagnóstico incorrecto o tardío con más de 48 horas de evolución eleva la mortalidad, toda vez que aumenta el riesgo de complicaciones como perforación, sepsis y muerte, entre otras.

**52.** También precisó que el tratamiento a dicho padecimiento es quirúrgico mediante una apendicectomía, cuyo retraso mayor a 24 horas se asocia a un incremento de morbimortalidad, en virtud de que incidirá sobre la evolución del paciente al evitar o disminuir la presentación de posibles complicaciones, como el riesgo de perforación apendicular (ruptura del apéndice) y sepsis peritoneal (infección de la cavidad abdominal con repercusiones graves a nivel general). Asimismo, resaltó que la complicación más frecuente en la apendicitis es la perforación, la cual está estrechamente vinculada al retraso en el diagnóstico y en la resolución quirúrgica de la patología, por lo que la prioridad en la atención de un paciente con sospecha de una apendicitis consiste en efectuar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

**53.** En el expediente quedó demostrado que en las dos ocasiones que V acudió al Hospital Rural los días 19 y 24 de noviembre de 2016, y durante el periodo que permaneció en internamiento hospitalario, se reportaron manifestaciones clínicas que sugerían un padecimiento apendicular, a los que de forma paulatina se

agregaron datos clínicos característicos de un abdomen agudo debido a una probable obstrucción intestinal, lo que acredita que la apendicitis que padecía presentó un desarrollo progresivo hasta la perforación de dicho órgano, sin que existiera una apropiada intervención médica, debido a que los signos clínicos se relacionaron con una probable pielonefritis.

**54.** Al respecto, el especialista médico de esta Comisión Nacional acotó que en las mujeres entre 15 y 45 años de edad, como es el caso de V, la duda diagnóstica de una probable apendicitis es mayor, por lo que en las mujeres en este grupo poblacional con dolor en fosa iliaca derecha con severidad suficiente requieren necesariamente una exploración quirúrgica, está indicada la realización de la tomografía y una laparoscopia diagnóstica, sin embargo, en este caso dichos procedimientos no se realizaron.

**55.** En virtud de lo anterior, el especialista de esta Comisión Nacional estableció que AR1, AR2, AR3 y AR4 no consideraron los resultados de los estudios de gabinete efectuados ni las manifestaciones y datos clínicos que concurrían en V, los cuales sugerían un cuadro sugestivo de un probable abdomen agudo; del mismo modo, no consideraron la posibilidad de que cursara con un cuadro apendicular enmascarado por la administración de medicamentos analgésicos que se prescribieron de manera inicial al momento de que V acudió a valoración hospitalaria por referir dolor abdominal persistente.

**56.** También AR1, AR2, AR3 y AR4 omitieron diseñar un plan de estudio y tratamiento adecuado, dejando en estado de vulnerabilidad a V, toda vez que no implementaron un protocolo de atención adecuado ni la estrecha vigilancia que ameritaba el caso, denotando con esto una atención deficiente.

**57.** En los días subsecuentes a la intervención quirúrgica realizada en el Hospital General, V cursó con un cuadro clínico intermitente pero con tendencia a la evolución desfavorable, en virtud de que se identificó que presentaba sepsis y datos compatibles con un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, lo que ameritó que se instaurara un tratamiento mediante un triple esquema antibiótico y se realizara un

nuevo procedimiento quirúrgico, ya que existían factores de riesgo y mal pronóstico, toda vez que cursó previamente con una estancia hospitalaria prolongada sin resolución del cuadro clínico que manifestaba, ni del desequilibrio hidroelectrolítico identificado, así como la falta de envío oportuno a un segundo nivel de atención.

**58.** El 9 de diciembre de 2016, V presentó de manera abrupta alteraciones respiratorias y cardíacas, lo que ameritó que se brindaran maniobras de reanimación avanzada durante veinte minutos, que no revirtieron el cuadro clínico, por lo que a las 15:40 horas se declaró su fallecimiento, según lo establecido en la nota respectiva firmada por SP2, estableciendo como causa de muerte en el certificado de defunción: *“shock séptico, sepsis abdominal, peritonitis generalizada y apendicitis fase IV.”*

**59.** El médico especialista de este Organismo Nacional determinó que *“existió negligencia la atención médica proporcionada a [V], por parte de [AR1, AR2, AR3 y AR4]...toda vez que hubo incumplimiento de obligaciones de medios de diagnóstico y terapéuticos para identificar y tratar de manera oportuna la apendicitis aguda por la que cursaba, así como la dilación de once días para solicitar el envío de la paciente a un hospital de segundo nivel de atención ante la persistencia del cuadro doloroso abdominal, lo que limitó asegurar un proceso de atención que permitiera satisfacer las necesidades de salud de [V], a pesar ...de contar con el tiempo suficiente para ello.”*

**60.** De lo expuesto, se concluye que AR1 incumplió con su deber de garantizar calidad y oportunidad en la atención médica de V, ya que soslayó que el motivo de ingreso inicial fue dolor abdominal, indicando su egreso hospitalario en forma precipitada, pues no contaba con un diagnóstico de certeza sustentado por una adecuada exploración física y la realización de estudios complementarios, lo que contribuyó al deterioro del estado de salud de V.

**61.** Por lo que respecta a AR2, AR3 y AR4 quedó acreditado que incurrieron en omisiones dado que no emplearon los medios diagnósticos y terapéuticos para identificar el padecimiento de V (apendicitis aguda) y demoraron en enviarla a un hospital con mayor capacidad resolutive, lo que contribuyó al deterioro del estado de

salud, a la presencia de complicaciones infecciosas, hidroelectrolíticas, respiratorias y cardíacas, así como a su fallecimiento.

**62.** Con lo anterior, AR1, AR2, AR3 y AR4 contravinieron lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III y IV; 32, 33, fracciones I y II; 51, 61 fracción I, 77 bis 9, fracciones V y VIII de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, constitucional, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*), así como la Observación General 14 *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

## **B. Derecho a la vida.**

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

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

**65.** De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la

prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.<sup>14</sup>

**66.** En el “*Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Cridh) señaló que la protección activa del derecho a la vida por parte del Estado, involucra a todas sus instituciones<sup>15</sup>.

**67.** En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados por el gremio clínico como referentes que regulan el actuar profesional; en ese sentido, destacan la “*Declaración de Ginebra*” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, el “*Código Internacional de Ética Médica*” adoptado por la Asociación Médica Mundial en 1949 y la “*Declaración de Lisboa*” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1981 como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.<sup>16</sup>

**68.** En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3 y AR4 en su carácter de personal médico del Hospital Rural 54, deben ser reproducidas como soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida de V.

**69.** Esta Comisión Nacional observó que la inadecuada atención médica que AR1 brindó a V, al ordenar su egreso por un diagnóstico del que no contaba con elementos suficientes, contribuyó a que no se atendiera el verdadero problema de salud que presentaba, lo que favoreció el deterioro de su estado de salud, aunado a que AR2,

---

<sup>14</sup> CNDH. Recomendaciones 35/2016. p. 180; 47/2016, p. 61; y 66/2016, p. 34.

<sup>15</sup> Sentencia de Fondo, 19 de noviembre de 1999, párr. 144. CNDH. Recomendaciones 47/2016, p. 62; 66/2016, p. 35; 50/2017, p. 65; y 56/2017, p.75.

<sup>16</sup> CNDH. Recomendaciones 56/2017, p.76; 50/2017, p. 66; 66/2016, p. 36; y 47/2016, p.63.

AR3 y AR4 omitieron realizar los estudios que sustentaran el diagnóstico inicial de pielonefritis de acuerdo a los criterios establecidos en la Guía de Práctica Clínica *“Diagnóstico y tratamiento de la pielonefritis aguda no complicada en el adulto”*; igualmente omitieron obtener los medios diagnósticos y terapéuticos para identificar y tratar la apendicitis aguda que V presentó, situaciones que en conjunto contribuyeron al deterioro del estado de salud de V y, consecuentemente, su posterior fallecimiento como se estableció y acreditó en párrafos anteriores.

- **Inobservancia de la normatividad sobre el expediente clínico.**

**70.** De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que en algunas notas médicas del expediente clínico relativo a la atención proporcionada a V, en el Hospital Rural, como las de los días 19, 20, 26 y 27 de noviembre de 2016, se omitió asentar el nombre completo, cargo y rango del médico tratante, infringiendo con ello los numerales 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”*, que estatuyen: *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.”*<sup>17</sup>

**71.** La inobservancia 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 ha enfatizado en la necesidad que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada Norma Oficial Mexicana, en la que se describe la obligación de los citados prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como lo ha venido sosteniendo esta Comisión Nacional en diversos precedentes de

---

<sup>17</sup> CNDH. Recomendación 47/2016, p.31.

Recomendaciones, entre otras, la 20/2014, 39/2015, 47/2016, 18/2017, 1/2018, 21/2018 y 22/2018.

## **V. Responsabilidad.**

**72.** Conforme a lo expuesto, AR1 adscrito al Hospital Rural brindó una atención médica inadecuada a V, en razón de que ordenó su egreso estableciendo un diagnóstico que no estaba debidamente soportado con estudios diagnósticos adecuados y pertinentes, para determinar de manera correcta el padecimiento que tenía V, situación que ocasionó una falta de atención al verdadero problema de salud presentado por V, y su consecuente deterioro de salud, que a la postre ocasionó su fallecimiento.

**73.** Por su parte AR2, AR3 y AR4 incurrieron en negligencia por omisión ya que no efectuaron el diagnóstico adecuado, no emplearon los medios diagnósticos y terapéuticos para identificar el padecimiento de V (apendicitis aguda) y demoraron en enviarla a un hospital con mayor capacidad resolutive, lo que contribuyó al deterioro del estado de salud, a la presencia de complicaciones infecciosas, hidroelectrolíticas, respiratorias y cardíacas, así como a su fallecimiento.

**74.** Asimismo, AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I, VI y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente en la época en que ocurrieron los hechos, y 303 y 303 A, de la Ley del Seguro Social, en los que se prevé la obligación que tienen los servidores públicos 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.

**75.** Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con



evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente denuncia penal ante la Procuraduría General de la República y promueva queja administrativa ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, en contra AR1, AR2, AR3 y AR4, a fin de que se inicie, integre y determine tanto la consignación respectiva como el procedimiento administrativo de investigación correspondiente al tener el carácter de personas servidoras públicas federales, procedimientos en los que se deberán tomar en cuenta las evidencias referidas en la presente Recomendación.

## **VI. Reparación integral del daño a la víctima.**

**76.** Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño por responsabilidad del Estado es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, previsto en los artículos 1º párrafo tercero, 102 apartado B, 108 y 109 de la Constitución Política y 44 párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, en perjuicio de QV1, QV2 y V.

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

**78.** De conformidad al artículo 4º de la Ley General de Víctimas, en el presente caso, QV1 y QV2, familiar consanguíneo y el cónyuge de V adquieren la calidad de víctimas indirectas, con motivo del vínculo familiar existente entre ellos, toda vez que son susceptibles de sufrir un impacto en su esfera psicoemocional y psicosocial, con

motivo de las posibles alteraciones en su entorno y en su vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en el presente pronunciamiento, por lo que deberán ser considerados para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

- ***Medidas de Rehabilitación.***

**79.** La rehabilitación busca facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por la causa del hecho punible o de las violaciones a los derechos humanos, por lo que a efecto de dar cumplimiento a la Recomendación, en particular el punto primero recomendatorio, será necesario que la autoridad se comprometa y efectúe las obligaciones en la materia, establecidas en la Ley General de Víctimas, considerando en todo momento los estándares desarrollados en la jurisprudencia internacional de los Derechos Humanos, tomando las medidas necesarias para proporcionar a QV1 y QV2 la atención psicológica que requieran, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcancen su total sanación psíquica y emocional a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género. Por ello, es necesario que el IMSS realice gestiones necesarias para la localización de QV1 y QV2, a fin de brindarles de inmediato ese apoyo, y de esta manera, garantizar que reciban atención psicológica, misma que deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata, por el tiempo que sea necesario y en un lugar accesible, con su previo consentimiento, proporcionando información previa, clara y suficiente. Este punto se tendrá por cumplido cuando se envíe la documentación que acredite las diligencias realizadas para tal fin.

- ***Medidas de Satisfacción.***

**80.** Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

**81.** Por lo expuesto, para tener por cumplidas las medidas de satisfacción contenidas en los puntos segundo y tercero recomendatorios relativos a la colaboración en la denuncia y queja que se formulen ante la Procuraduría General de la República y el Órgano Interno de Control en el IMSS, esta autoridad deberá informar las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de las instancias investigadoras de forma oportuna y completa, absteniéndose de obstruir las investigaciones y tomando en consideración lo acreditado en esta Recomendación.

- ***Garantías de no repetición.***

**82.** Consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención. De conformidad con ello y para dar cumplimiento a los puntos cuarto, quinto y sexto recomendatorios, en el plazo de tres meses se deberá diseñar e impartir a personal del Hospital Rural, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos relacionado con la observancia de la aplicación de la normatividad y de las normas oficiales mexicanas en materia de salud que se inobservaron en este caso. Asimismo, en el plazo de un mes se deberá emitir un documento en el que se contengan las medidas administrativas de prevención y supervisión que permitan garantizar que los expedientes clínicos se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes y finalmente en el plazo de un mes emitir una circular dirigida al personal del Hospital Rural, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que se acredite que dicho personal médico adquirió la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional. Estos puntos recomendatorios se tendrán por cumplidos cuando se remitan a este Organismo Nacional los documentos en los que conste la impartición del curso, la emisión de las medidas y de la circular.

- **Compensación.**

**83.** Consiste en otorgar a la víctima de forma apropiada y proporcional a la gravedad del hecho punible cometido o de la violación de derechos humanos sufrida, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia del delito o de la violación de derechos humanos, por ello, y en cumplimiento al punto primero recomendatorio, será necesario que la autoridad se comprometa y efectúe las obligaciones en la materia, establecidas en la Ley General de Víctimas, considerando en todo momento los estándares desarrollados en la jurisprudencia internacional de los Derechos Humanos, tomando las medidas necesarias para llevar a cabo la reparación integral del daño a QV1 y QV2 y se les indemnice, en los términos indicados en la citada Ley, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento, para ello el IMSS deberán localizarlos e inscribirlos en el Registro Nacional de Víctimas.

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

## **VII. RECOMENDACIONES.**

**PRIMERA.** En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, y en el ámbito de sus facultades, se brinde la reparación integral a QV1 y QV2, familiar en segundo grado y cónyuge de V, respectivamente, en los términos de la Ley General de Víctimas, que incluya una compensación económica, atención psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Se colabore ampliamente con esta Comisión Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, contra los servidores

públicos involucrados en los hechos motivo de la presente Recomendación, y se aporten todas las evidencias necesarias en el procedimiento administrativo de investigación que se inicie, tramite y determine en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, debiendo agregarse copia de la presente Recomendación, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**TERCERA.** Se colabore ampliamente con esta Comisión Nacional en la denuncia de hechos que formule este Organismo Nacional ante la Procuraduría General de la República en contra del personal médico, y quien resulte responsable por las acciones y omisiones cometidas durante la atención de V, que derivaron en la pérdida de su vida, se aporten todas las evidencias necesarias durante la averiguación previa que se inicie, tramite y determine en la investigación y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

**CUARTA.** En el plazo de tres meses se diseñe e imparta a personal del Hospital Rural, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos relacionado con la observancia de la aplicación de la normatividad y de las normas oficiales mexicanas en materia de salud, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

**QUINTA.** En el plazo de un mes, se emita una circular a través de la cual se instruya a las personas servidoras públicas del Hospital Rural para que se implementen las medidas pertinentes de prevención y supervisión, que permitan garantizar la debida integración del expediente clínico, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y en la norma oficial mexicana citada, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEXTA.** En el plazo de un mes, se emita una circular a través de la cual se exhorte, en los casos que así proceda, a las personas servidoras públicas del Hospital Rural a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que se acredite tener la actualización,

experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

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

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

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

**86.** Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación, se envíen a esta Comisión Nacional en el plazo de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

**87.** 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, que requieran su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

**EL PRESIDENTE**

**MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ**