



RECOMENDACIÓN No.

77/2020

**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V1, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN EL HOSPITAL REGIONAL “1º DE OCTUBRE” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN CIUDAD DE MÉXICO.**

Ciudad de México, a 10 de diciembre de 2020

**MTRO. LUIS ANTONIO RAMÍREZ PINEDA  
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE  
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2017/9220/Q**, sobre la queja de Q.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno, 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; así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, 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 mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para las distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

<b>Claves</b>	<b>Denominación</b>
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Servidor/a Público/a

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia 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 de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado "ISSSTE"	ISSSTE
Hospital Regional "1° de Octubre" del Instituto de Seguridad y Servicios	Hospital Regional "1° de Octubre"

Sociales de los Trabajadores del Estado, en Gustavo A. Ciudad de México.	
Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE	Servicio de Medicina Interna
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "Del Expediente Clínico".	NOM-004-SSA3-2012
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH

## I. HECHOS.

5. V1, persona del sexo **SEXO**, quien al momento de los hechos contaba con **Edad** **Edad** de edad, con antecedentes de importancia: **condición de salud** de 6 años de diagnóstico en tratamiento, sarcoma abdominal de hace 6 años que requirió manejo quirúrgico y 30 sesiones de radioterapia.

6. El 27 de octubre de 2017, V1 comenzó con aumento de volumen con dolor de tipo punzante y opresivo en miembro pélvico izquierdo de intensidad de 10 de 10 que aumentaba con la deambulaci3n.

7. El 3 de noviembre de 2017, V1 acudi3 al Hospital Regional "1° de Octubre" refiriendo aumento de volumen, dolor cr3nico en miembro pélvico **Narraci3n de Hechos** **Narraci3n de Hechos** encontrando SP1, m3dico adscrito al Servicio de Urgencias Adultos a V1 con signos vitales dentro de parámetros establecidos, neurol3gicamente íntegra, metab3licamente estable, sin datos de deshidrataci3n, ni datos de descompensaci3n, edema de ambos miembros pélvicos con *Homans* (consistente en la aparici3n de dolor en la pantorrilla cuando se hace dorsiflexi3n del pie con

trombosis venosa profunda) y *Olow* (dolor causado a la opresión de los músculos de la pantorrilla contra el plano óseo) negativos, no eritema, pulsos periféricos presentes y normales, con llenado capilar normal, no disminución de fuerza muscular, sensibilidad conservada, con escala de *Wells* negativa.

8. El 3 de noviembre de 2017, SP2 médico especialista del Servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas, indicó a V1 que no contaba con criterios de urgencias o de internamiento al servicio por lo que indicó egresarla por mejoría clínica, con tratamiento ya establecido.

9. El 6 de noviembre de 2017, a las 10:42 horas V1 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Regional “1º de Octubre”, siendo valorada por SP3, médico adscrito al citado servicio, por continuar con malestar, refiriendo encontrarse sin tratamiento previo, presentó aumento de volumen, claudicación de la marcha y limitación de arcos de movimiento de miembro pélvico Narración de Hechos Narración de Hechos encontrándola con precordio normodinámico, extremidades con aumento de fóvea y perímetro de la extremidad mayor de 3 centímetros, dolor en trayecto venoso y signo de *Olow* y *trendelenburg* (escala para valorar la suficiencia de la válvula ostial del cayado y de las comunicantes de la vena safena) en miembro pélvico izquierdo.

10. SP3 estableció los diagnósticos de probable trombosis venosa profunda tibioperoneo, síndrome de *Trousseau* en miembro pélvico Narración de Hechos Narración de Hechos (síndrome para neoplásico que se caracteriza por un estado de hipercoagulabilidad, asociado a cáncer en el que se producen eventos tromboembólicos múltiples que pueden ser tanto arteriales como venosos), cáncer de ovario (el cual no se encuentra documentado) y diabetes mellitus tipo 2, ingresándola al Servicio de Urgencias para ser valorada por el médico especialista y continuar con protocolo de estudio,

indicando manejo médico, así como medidas generales, estudios de laboratorio y ultrasonido *Doppler*.

**11.** La realización de ultrasonido *Doppler*, elaborada el 6 de noviembre de 2017 reportó tromboflebitis de la vena femoral común y superficial y flebitis de vena safena mayor, mientras que, en la tomografía de abdomen, se evidenció tumoración a nivel pélvico que desplazaba a la vejiga que se encontraba con un segmento calcificado la cual se observaba llena con hidronefrosis bilateral, lo cual significa que es una dilatación del sistema colector renal debida a dificultad para la eliminación de la orina.

**12.** Los estudios de laboratorio realizados el 6 de noviembre de 2017, se reportaron con aumento de glucemia de calcio y disminución de albumina, estableciendo los diagnósticos de trombosis venosa profunda, tromboflebitis superficial miembro pélvico izquierdo, tumor pélvico en estudio probable recurrencia de sarcoma abdominal, síndrome de *Trousseau*, adenopatía axilar en estudio, hidronefrosis bilateral, hipercalcemia maligna, hipoalbuminemia moderada, diabetes mellitus en descontrol, iniciando manejo con anticoagulante

**13.** V1 se mantuvo hemodinámicamente estable, por lo que el 8 de noviembre de 2017 ingresó al Servicio de Medicina Interna para continuar manejo, donde fue valorada por SP4, médico adscrito al Servicio de Urgencias Adultos, quien reportó que de acuerdo a los hallazgos no se integró síndrome pleuro-pulmonar, ruidos cardiacos rítmicos de buena frecuencia e intensidad con soplo diastólico de mayor intensidad en foco mitral, miembros pélvicos asimétricos con aumento de volumen en miembro pélvico izquierdo con dolor a la movilización pasiva edema hasta región inguinal, con dolor intenso, miembro pélvico derecho con edema.

**14.** El 8 de noviembre de 2017, SP4 solicitó interconsulta para V1 al Servicio de Oncología Quirúrgica para realización de biopsia, ultrasonido mamario y marcadores tumorales, reportándose delicada con pronóstico reservado a evolución.

**15.** V1 se mantuvo hemodinámicamente estable los días posteriores al 8 de noviembre de 2017, sin embargo, continuó con dolor en miembro pélvico izquierdo, por lo que el día 14 de noviembre de 2017, AR1 médico adscrito al Servicio de Medicina Interna, solicitó envió al servicio de clínica del dolor con la finalidad de ajustar manejo analgésico y valoración de aplicación de buprenorfina (potente analgésico opioide).

**16.** El 17 de noviembre de 2017, SP5 médico adscrito al Servicio de Medicina Interna, realizó ajuste de analgesia, en ese momento estudio de inmunohistoquímica con la finalidad de determinar el origen del cáncer, continuando con manejo establecido a base de analgésicos, diurético, anticoagulantes, soluciones parenterales y medidas generales.

**17.** El 21 de noviembre de 2017, SP5 le realizó a V1 *nefrostomía* (procedimiento que se realiza para conseguir un drenaje de la vía excretora para servir de acceso a la colocación de catéteres), previo rastreo sonográfico identificó hidronefrosis obstructiva bilateral (se presenta cuando la orina no puede bajar desde el riñón hasta la vejiga en ambos riñones), se colocó catéter dando por terminado el procedimiento sin incidentes, posteriormente se procedió a identificar lesión heterogénea en hueso pélvico y se realizó toma de biopsia, verificando hemostasia y control sin evidencia de complicaciones, enviando muestra para su análisis.

**18.** A partir del día 28 de noviembre de 2017 y los días subsecuentes AR1, reportó a V1 somnolienta, con escala neurológica sin alteraciones; el 5 de diciembre del mismo año, se agregó a la sintomatología habla entrecortada y en ocasiones no entendible, así como campos pulmonares con hipoventilación basal bilateral, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación, miembros pélvicos con edema con estudios de laboratorio con datos de anemia, aumento de células blancas (leucocitos), indicativo de respuesta inflamatoria, así como desequilibrio hidroelectrolítico corregido, lo cual pudo ser motivo de su estado neurológico por *síndrome de hiperviscosidad* (es un grupo de síntomas desencadenados por el aumento de viscosidad de la sangre).

**19.** Derivado de lo anterior, se realizó ajuste de soluciones, cursó con desnutrición importante que ameritó colocación de sonda nasogástrica y ajuste de dieta, estableciendo un pronóstico malo por estado de salud grave y el 5 de diciembre de 2017 nuevamente se solicitó valoración por el Servicio de Oncología.

**20.** El 5 de diciembre de 2017, AR2 médico adscrito al Servicio de Oncología Médica, valoró a V1, encontrándola estuporosa, estableciendo que no era candidata a quimioterapia hasta investigar el origen del deterioro neurológico, por lo que solicitó tomografía de cráneo con la finalidad de descartar metástasis a nivel de sistema nervioso central.

**21.** El 6 de diciembre de 2017, V1 fue valorada por AR3, doctora adscrita al Servicio de Nefrología, reportando el resultado de histopatología en la nota médica de esa fecha, con necrosis de 90% de tejido con diminuto fragmento de 0.1 centímetros con células atípicas sin poder descartar malignidad en el material examinado debido a lo limitado de la biopsia.

**22.** El 7 de diciembre de 2017, AR1 reportó tomografía de cráneo simple solo con datos de atrofia, pendiente tomografía contrastada, continuando con hipoventilación basal, disminución de hemoglobina y células blancas en aumento, indicativo de persistencia del proceso infeccioso, continuando con manejo establecido basado en medidas paliativas.

**23.** El 9 de diciembre de 2017, AR1 y AR4 en diferentes momentos reportaron a V1 en mal estado general, con estertores crepitantes en región basal Narración de Hechos mal manejo de secreciones, indicando continuar con analgesia, diurético y manejo con soluciones parenterales, determinando un estado de salud delicado y pronóstico reservado a evolución.

**24.** El 10 de diciembre de 2017, AR5 encontró a V1 despierta, alerta, consciente, en regulares condiciones, adecuada hidratación, cardiorrespiratoria con subcrepitantes basales bilaterales, abdomen doloroso a la palpación, hemodinámicamente estable con tendencia a la hipotensión y deterioro clínico, continuando manejo, reportando a V1 grave con mal pronóstico por padecimiento de base.

**25.** De acuerdo a lo referido en la hoja de indicaciones y nota de enfermería del 11 de diciembre de 2017, se inició manejo con antibioticoterapia, toda vez que V1 continuó con deterioro clínico, tendencia a la hipotensión, taquicardia, palidez generalizada, esfuerzo respiratorio, tiros intercostales, diaforética, realizando aspiración de secreciones por boca, mismas que fueron amarillas y espesas.

**26.** V1 continuó estuporosa con poca respuesta al tratamiento, por lo que, a las **fecha de fallecimiento**, presentó paro cardiorrespiratorio, sin que se realizara manejo avanzado de la vía aérea, toda vez que los familiares no lo aceptaron, declarando su fallecimiento a las **fecha de fallecimiento**, con los diagnósticos de

choque séptico, neumonía nosocomial, infección de vías urinarias, sarcoma y diabetes mellitus.

**27.** El 6 de diciembre de 2017, se recibió en este Organismo Nacional la queja de Q, en la cual denunció presuntas violaciones a los derechos humanos de su familiar V1 atribuibles a personal del Hospital Regional “1º de Octubre”, lo que dio origen a la apertura del expediente CNDH/1/2017/9220/Q.

**28.** A fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvieron copias del expediente clínico de V1 en el ISSSTE e informes respecto de la atención médica que le fue brindada, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de observaciones de la presente Recomendación.

## **II. EVIDENCIAS.**

**29.** Acta circunstanciada de 6 de diciembre de 2017, por medio de la cual Q presentó queja ante este Organismo Nacional, mediante la cual narró diversas irregularidades en la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital Regional “1º de Octubre”. **(Foja 3)**

**30.** Acta circunstanciada de 6 de diciembre de 2017, a través de la cual personal de este Organismo Nacional estableció comunicación con servidores públicos adscritos a la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, a quien se solicitó su intervención para atender la problemática expuesta por Q. **(Foja 4)**

**31.** Correo electrónico de 6 de diciembre de 2017, a través del cual personal de este Organismo Nacional comunicó al ISSSTE, que se recibió el escrito de queja de Q con motivo de la atención médica brindada a V1. **(Foja 6)**

**32.** Acta circunstanciada de 6 de diciembre de 2017, suscrita por personal de esta Comisión Nacional a través de la cual Q ratificó su queja. **(Foja 8)**

**33.** Acta circunstanciada de 13 de diciembre de 2017, suscrita por personal de esta Comisión Nacional a través de la cual Q informó que V1 falleció, por lo que solicitó se investigaran los hechos. **(Foja 15)**

**34.** Correo electrónico del 14 de diciembre de 2017, a través del cual el ISSSTE informó sobre el fallecimiento de V1 y adjuntó el oficio 090201/2.3.1/2017 de 12 de diciembre de 2017, por el cual remitió resumen clínico respecto a la atención médica otorgada a V1 en el Hospital Regional “1° de Octubre”. **(Fojas 22 - 24)**

**35.** Oficio SG/SAD/JSCDQR/425/18 de 19 de febrero de 2018, suscrito por el Jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos del ISSSTE, al cual el ISSSTE adjuntó lo siguiente: **(Foja 29)**

**35.1.** Oficio 090201.1/020/Q-152-17/2018-02 de 15 de febrero de 2018, suscrito por el Director del Hospital Regional “1° de Octubre”. **(Foja 30)**

**35.1.1.** Hoja de admisión de V1 al Servicio de Urgencias del Hospital Regional “1° de Octubre” del 6 de noviembre de 2017. **(Foja 34)**

**35.1.2.** Informe médico del 13 de febrero de 2018, suscrito por SP1, mediante el cual informó sobre la atención que le brindó a V1. **(Foja 31)**

**35.1.3.** Informe médico del 14 de febrero de 2018, suscrito por SP3, mediante el cual informó sobre la atención que le brindó a V1. **(Foja 32)**

**35.1.4.** Informe médico del 14 de febrero de 2018, suscrito por SP6, mediante el cual informó sobre la atención que le brindó a V1. **(Foja 33)**

**36.** Acta circunstanciada de 12 de abril de 2018, suscrita por personal de esta Comisión Nacional, mediante la cual se celebró brigada de trabajo con personal de la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, ocasión en la que se solicitó copia fotostática legible del expediente clínico de V1, sobre la atención médica que recibió en el Hospital Regional “1° de Octubre”. **(Foja 53)**

**37.** Oficio SG/SAD/JSCDQR/1361-1/18 del 17 de abril de 2018, suscrito por el Jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos del ISSSTE, al que se adjuntó el expediente clínico de V1, del cual se destacó lo siguiente: **(Foja 54)**

**37.1.** Informe del 13 de febrero de 2018, suscrito por SP1, a través del cual indicó que SP2 refirió en forma verbal a V1 que no contaba con criterios de urgencias o de internamiento al servicio por lo que indicó egresarla por mejoría clínica, con tratamiento ya establecido. Omitió mencionar su cédula o matrícula. **(Foja 31)**

**37.2.** Hoja de urgencias de las 10:08 horas del 6 de noviembre de 2017, en la cual se asentó que a las 10:42 horas, SP3 diagnosticó a V1 con probable trombosis venosa profunda tibioperoneo, síndrome de *Trousseau*, cáncer ovárico y diabetes mellitus tipo 2. Omitió firma. **(Foja 34 anverso)**.

**37.3.** Hoja de urgencias de las 10:59 horas del 7 de noviembre de 2017, en la cual SP6 indicó que V1 contaba con tromboflebitis con tratamiento, señalando su ingreso al Servicio de Medicina Interna para continuar con

tratamiento médico y solicitó valoración por el Servicio de Oncología Quirúrgica. Omitió firma. **(Foja 34 reverso)**

**37.4.** Hoja de urgencias de las 13:03 horas del 8 de noviembre de 2017, en la que SP6 reportó evolución de V1 e indicó que continuaba en espera de la valoración por el Servicio de Oncología Quirúrgica. Omitió firma. **(Foja 34 reverso)**

**37.5.** Hoja de urgencias de las 16:59 horas del 8 de noviembre de 2017, en la que SP7 indicó que V1 continuaba en espera de valoración por parte del Servicio de Oncología Quirúrgica, así como subía a piso de Medicina Interna para continuar con manejo y tratamiento. Omitió firma, **(Foja 34 reverso)**

**37.6.** Nota de ingreso al Servicio de Medicina Interna de 8 de noviembre de 2017, en el cual se advierte que V1 fue ingresada a las 20:00 horas a dicha unidad V1, se estableció diagnósticos, se inició manejo con anticoagulante y se solicitó interconsulta al Servicio de Oncología Quirúrgica para realización de biopsia, así como estudios, reportándose a V1 delicada con pronóstico reservado a evolución. **(Foja 245)**

**37.7.** Nota de evolución del Servicio de Medicina Interna de las 11:00 horas del 14 de noviembre de 2017, mediante la cual AR1 solicitó que V1 fuera valorada por el servicio de clínica del dolor, con la finalidad de ajustar manejo analgésico, así como solicitar toma de biopsia guiada por radio intervencionista de masa abdominal. Omitió establecer especialidad, número de matrícula o cédula profesional. **(Foja 242)**

**37.8.** Nota de procedimiento del Servicio de Radiología de 21 de noviembre de 2017, suscrita por SP9, mediante la cual se practicó radiología invasiva biopsia de tumoración en pelvis y nefrostomía bilateral. Notas en la cual aparece firma **(Foja 93)**

**37.9.** Nota de evolución del Servicio de Medicina Interna de 5 de diciembre de 2017 de las 10:15 horas, suscrita por AR1, mediante la cual reportó a V1 con estudios de laboratorio con datos de anemia, aumento en las células blancas, indicativo de respuesta inflamatoria, así como desequilibrio electrolítico, se reiteró que hasta ese momento los Servicio de Oncología Médica y Quirúrgica no habían acudido a valorar a V1 para normar conducta. Omitió establecer especialidad y número de matrícula o cédula profesional. **(Foja 238 reverso)**

**37.10.** Nota del Servicio de Oncología Médica del 5 de diciembre de 2017, suscrita por AR2, mediante la cual valoró a V1, quien estableció que no era candidata a quimioterapia hasta investigar el origen del deterioro neurológico, por lo que solicitó tomografía de cráneo con la finalidad de descartar metástasis a nivel del sistema nervioso central. Omitió nombre y matrícula. **(Foja 238 reverso)**

**37.11.** Nota de valoración del Servicio de Nefrología de 6 de diciembre de 2017, suscrita por AR3, en la que la V1 fue valorada, reportando el resultado de histopatología en la nota médica, sin poder descartar malignidad en el material examinado debido a lo limitado de la biopsia. Omitió establecer nombre completo y matrícula. **(Foja 237)**

**37.12.** Nota de evolución del Servicio de Medicina Interna del 7 de diciembre de 2017, suscrita por AR1, en la que reportó tomografía de cráneo simple solo con datos de atrofia, pendiente tomografía contrastada, continuando con hipoventilación basal, disminución de hemoglobina y células blancas, continuando con manejo establecido basado en medidas paliativas. Omitió cedula profesional. **(Foja 237 reverso)**

**37.13.** Nota de evolución del Servicio de Medicina Interna del 9 de diciembre de 2017, suscrita por AR1, quien reportó a V1 en mal estado general, con estertores crepitantes en región basal derecha, mal manejo de secreciones, indicando continuar con manejo establecido, determinando un estado de salud delicado y pronóstico reservado a evolución. **(Foja 236)**

**37.14.** Nota de evolución del Servicio de Medicina Interna de 10 de diciembre de 2017, suscrita por AR5, en la que encontró a V1 con tendencia a la hipotensión y deterioro clínico. Omitió nombre completo y matrícula. **(Foja 236)**

**37.15** Nota médica del Servicio de Medicina Interna de 11 de diciembre de 2017, suscrita por AR1, mediante la cual se indicó inicio de antibiótico para V1. **(Foja 102)**

**37.16.** Hoja de enfermería de 11 de diciembre de 2017, suscrita por SP8, en la que se inició manejo con antibioticoterapia ya que V1 continuó con deterioro clínico, realizando aspiración de secreciones por boca. Omitió nombre completo y cédula profesional **(Foja 103)**

**37.17.** Nota de egreso por defunción del Servicio de Medicina Interna de **Fecha** **Fecha**, elaborada por AR1, en la cual se asentó que siendo las 10:35, V1 presentó paro cardiorrespiratorio, sin que se realizara manejo avanzado de la vía aérea, toda vez que los familiares no lo aceptaron, declarando su fallecimiento a las **Hora** horas, con los diagnósticos de choque séptico, neumonía nosocomial, infección de vías urinarias, sarcoma y diabetes mellitus. **(Foja 235)**

**37.18.** Certificado de defunción de V1 **fecha de fallecimiento**, de la cual se advierte como motivo de fallecimiento choque séptico, neumonía nosocomial, infección de vías urinarias y sarcoma. **(Foja 229)**

**38.** Opinión médica de 12 de marzo de 2019, suscrita por personal médico de esta Comisión Nacional en la cual estableció sus consideraciones técnicas respecto a la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital Regional “1° de Octubre”. **(Fojas 261-275)**

**39.** Actas circunstanciadas de 30 de octubre y 28 de noviembre de 2019 en las que personal de este Organismo Nacional hizo constar que se preguntó a personal del ISSSTE en brigada de trabajo si se contaba con mayor información sobre la atención recibida a V1, indicando que el asunto se encontraba en el Comité de Quejas Medicas del instituto y aún no había una resolución. **(Fojas 276 y 277)**

**40.** Acta circunstanciada del 8 de octubre de 2020, suscrita por personal de esta Comisión Nacional, mediante la cual se informó por parte de la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE que respecto a la atención medica de V1 el Comité de Quejas Médicas lo resolvió como improcedente. **(Foja 278)**

### III. SITUACIÓN JURÍDICA.

**41.** Con motivo del fallecimiento de V1, el ISSSTE resolvió en sesión extraordinaria a través del Comité de Quejas Médicas como improcedente la queja presentada por Q, al considerar que no existió deficiencia en la atención brindada a V1, por lo que no se implementaron medidas de no repetición al personal médico del Hospital Regional “1° de Octubre”; en consecuencia, no se dio vista al Órgano Interno de Control en dicho Instituto.

### IV. OBSERVACIONES.

**42.** Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2017/9220/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con enfoque 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 los criterios jurisprudenciales aplicables de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y de la CrIDH, se contó con evidencias que acreditan las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, adscritos a los Servicios de Medicina Interna, Nefrología y Oncología Médica del Hospital Regional “1° de Octubre”, siendo las siguientes:

**42.1.** A la protección de la salud de V1

**42.2.** A la vida de V1.

**42.3.** Al acceso a la información en materia de salud en agravio de los familiares de V1.

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

#### **A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.**

44. El artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

45. 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 (...)”*.<sup>1</sup>

46. 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 que se aseveró 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 garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”*.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

<sup>2</sup> CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.

**47.** El párrafo primero 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 (...)"*.

**48.** El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que *"toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...) a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad"*.

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

**50.** En los artículos 10.1 así como en los 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 que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

---

<sup>3</sup> *"El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"*, aprobada por la Asamblea General de la ONU.

**51.** La CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”<sup>4</sup> estableció que: “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

**52.** De las evidencias analizadas, se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 adscritos a los Servicios de Medicina Interna, Oncología Médica y Nefrología del Hospital Regional “1° de Octubre” omitieron brindar a V1 la atención médica adecuada en su calidad de garantes derivada de las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el numeral 22 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, vigentes al momento de los hechos, lo que se tradujo en la evidente violación a su derecho humano a la protección de la salud y la consecuente pérdida de la vida, como se acreditará en adelante.

**A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 por inadecuada atención médica.**

**53.** En el caso particular, como antecedente de importancia se destaca que V1 padecía diabetes mellitus tipo 2 de 6 años de diagnóstico en tratamiento con hipoglucemiantes, sarcoma abdominal de hacía 6 años que requirió manejo quirúrgico y 30 sesiones de radioterapia.

❖ **Nota médica de ingreso al Servicio de Medicina Interna de las 20:00 horas del 8 de noviembre de 2017.**

**54.** V1 ingresó al Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional “1° de Octubre” a las 20:00 horas del 8 de noviembre de 2017, SP4 asentó antecedentes personales

---

<sup>4</sup> Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

patológicos, estableció los diagnósticos de trombosis venosa profunda, tromboflebitis superficial miembro pélvico izquierdo, tumor pélvico en estudio probable recurrencia de sarcoma abdominal, síndrome de *Trousseau*, adenopatía axilar en estudio, hidronefrosis bilateral, hipercalcemia maligna, hipoalbuminemia moderada, diabetes mellitus en descontrol, iniciando manejo médico y solicitando interconsulta al Servicio de Oncología Quirúrgica, para realización de biopsia a V1.

**55.** No escapa a la óptica de esta Comisión Nacional que la salud de V1 al ingresar al Servicio de Medicina Interna el 8 de noviembre de 2017 se encontraba mermada, dadas las afectaciones del sarcoma abdominal que padecía, así como de los diversos padecimientos que presentaba, sin embargo, toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente aun en esas circunstancias.

**56.** En el caso concreto, del día 6 de noviembre al 5 de diciembre de 2017 la atención médica que recibió V1 fue adecuada y oportuna, ya que se inició protocolo de estudio y se solicitó la intervención de un equipo multidisciplinario con la finalidad de otorgar la mejor opción de tratamiento acorde al estado de salud que presentaba en ese momento, tal como quedó señalado en la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional; sin embargo, posterior a dicha fecha se advierte dilación injustificada de la instauración de un tratamiento acorde a la evolución que presentaba V1.

**57.** Bajo ese tenor se contó con la nota de evolución de internamiento de V1 de las 10:15 horas del 5 de diciembre de 2017, en la que AR1, médico adscrito al Servicio de Medicina Interna reportó a V1 somnolienta con estudios de laboratorio con datos de anemia y aumento de células blancas, realizando ajuste de soluciones y reiteró

nuevamente valoración por el Servicio de Oncología, la cual hasta ese momento no se había realizado, pese a que se solicitó desde el 7 de noviembre de ese año.

**58.** En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se destacó que la intervención de AR1 fue incorrecta por lo siguiente:

**58.1.** De los resultados de los estudios de laboratorio de V1, citados en las notas médicas a partir del 28 de noviembre de 2017, se advirtió un aumento importante en las células blancas, lo cual significaba presencia de un foco infeccioso, mismo que no fue advertido por AR1.

**58.2.** AR1 omitió solicitar radiografía de tórax con la finalidad de establecer un diagnóstico de certeza, así como cubrir con antibiótico de amplio espectro el proceso infeccioso que presentaba V1, de haberlo realizado, se hubiera percatado que V1 cursaba con un foco infeccioso pulmonar.

**58.3.** AR1 reportó tomografía de cráneo simple solo con datos de atrofia, continuando con hipoventilación basal, disminución de hemoglobina y células blancas en aumento, omitiendo realizar una adecuada exploración física con toma de signos vitales, cubrir con tratamiento específico y solicitar estudios de gabinete.

**58.4.** AR1 continuó sin solicitar radiografía de tórax con la finalidad de determinar la etiología de la hipoventilación y con ello normar conducta a seguir.

**58.5.** El 9 de diciembre de 2017, AR1 reportó a V1 en mal estado general, con estertores crepitantes en región basal derecha, mal manejo de secreciones, determinando un estado de salud delicado para V1 y pronóstico reservado a

evolución, omitiendo realizar una adecuada exploración física para el manejo de neumonías nosocomiales, aunado a que V1 contaba con criterios para su ingreso y valoración por el servicio de cuidados intensivos, lo cual no ocurrió.

**58.6.** De acuerdo a lo referido en hoja de indicaciones y nota de enfermería del 11 de diciembre de 2017, suscritas por AR1 y SP8, fue hasta después de cinco días de cursar V1 con alteraciones a nivel pulmonar que se inició manejo con antibioticoterapia y toda vez que V1 continuó con deterioro y datos clínicos de choque, ameritaba el ingreso y valoración de V1 por el servicio de cuidados intensivos, lo cual se omitió por parte de AR1, realizando únicamente aspiración de secreciones por boca, sin que se le otorgara a V1 manejo dirigido al estado de choque en el que se encontraba.

**59.** Se puede advertir que las omisiones llevadas a cabo por AR1 pusieron en un riesgo innecesario la salud de V1, dado que no proporcionó un diagnóstico certero ni atacó los procesos infecciosos que presentaba V1 a nivel pulmonar, que posiblemente le hubieran proporcionado datos bajo los cuales formara un tratamiento adecuado para la paciente.

**60.** De la misma forma, podemos concluir que las acciones y omisiones de AR2, fueron determinantes en el deterioro de la salud de V1, dado que realizó la valoración a V1 hasta el 5 de diciembre de 2017, no obstante que se solicitó su intervención desde el 7 noviembre de ese año.

**61.** No pasa desapercibido que la valoración por parte de la especialidad de Oncología médica fue solicitada por medio de formatos de interconsulta desde el 7 de noviembre de 2017, sin que médicos de esa especialidad acudieran a realizarla, por lo que existió dilación en la valoración a V1, lo cual impidió la instauración

oportuna del manejo requerido, ya que para ese momento se determinó que ya no era candidata a quimioterapia, aun cuando solicitó tomografía de cráneo para investigar el origen del deterioro neurológico con la finalidad de descartar metástasis a nivel del sistema nervioso central.

**62.** Por su parte, AR3, doctora adscrita al Servicio de Nefrología del hospital en cuestión, el 6 de diciembre de 2017 valoró a V1 y reportó el resultado de histopatología con necrosis de 90% de tejido, con células atípicas sin poder descartar malignidad en el material examinado debido a lo limitado de la biopsia, omitiendo realizar una adecuada exploración física.

**63.** De acuerdo a la opinión médica emitida por este Organismo Nacional se puede concluir que, aun cuando en los estudios de laboratorio se advertía un aumento importante de células blancas, esto es, presencia de un foco infeccioso, pasó desapercibido para AR3, ya que no solicitó estudios de gabinete, que le permitieran contar con un diagnóstico de certeza y mucho menos aplicó un antibiótico de amplio espectro que pudiera combatir el proceso infeccioso por el que pasaba V1.

**64.** De igual forma, con relación a la atención brindada por AR4 y AR5, adscritos al Servicio de Medicina Interna, al valorar a V1 los días 9 y 10 de diciembre de 2017, no advirtieron el estado crítico por el cual atravesaba, a pesar de que los resultados de los estudios de laboratorio reflejaban la presencia de un foco infeccioso, el cual no fue advertido por un ninguno de los médicos, asimismo, V1 presentó datos sugestivos de alteración a nivel pulmonar y no se solicitó radiografía de tórax para establecer el tratamiento a seguir.

**65.** Al respecto, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se advirtió que con posterioridad al 5 de diciembre de 2017, V1 comenzó con deterioro neurológico,

aumento de células blancas, agregándose un foco infeccioso pulmonar, mismo que se encuentra descrito en las notas médicas; es cierto que la enfermedad de base tenía un mal pronóstico a corto plazo, sin embargo, AR1, AR3, AR4 y AR5, no otorgaron manejo médico adecuado, lo cual fungió como factor coadyuvante para su deceso, es decir, existió dilación injustificada de la instauración del tratamiento, aunado a que la entidad patológica conocida como neumonía nosocomial favoreció el lamentable deceso de V1 el 12 de diciembre de 2017.

**66.** Esta Comisión Nacional concluye que AR1, AR3, AR4 y AR5, pese a que se desarrollaban en diferentes especialidades como lo es Medicina Interna y Nefrología, respectivamente, tuvieron acceso a los estudios de laboratorio de V1, en los que se advertían alteraciones en la salud diferentes a las que presentaba a su ingreso, omitieron llevar a cabo una adecuada exploración física con toma de signos vitales, la aplicación de un antibiótico de amplio espectro y solicitar radiografía de tórax para conocer la causa del proceso infeccioso de V1 y de esta forma, proporcionarle un manejo médico definitivo.

**67.** De ahí la importancia de que a V1 se le hubiera realizado una adecuada exploración física, para que a través de la descripción amplia de los signos y síntomas que presentaba desde que comenzó con deterioro neurológico, se indagara sobre la etiología del proceso infeccioso, lo que hubiera evitado el diagnóstico tardío de AR1, AR3, AR4 y AR5, así como la inadecuada atención médica subsecuente, lo que trajo como consecuencia el lamentable deceso de V1 el 12 de diciembre de 2017.

**68.** Las conclusiones a las que se arriba se encuentran documentadas con el expediente clínico, el cual deja de manifiesto las acciones y omisiones de AR1, AR2,

AR3, AR4 y AR5 que contribuyeron al deterioro de la salud de V1 que derivó en la pérdida de su vida como quedó acreditado.

**69.** V1 requería la valoración del servicio de Oncología para mejorar su salud, sin embargo, fue hasta el día 5 de diciembre de 2017, cuando fue valorada por dicha especialidad, momento en que ya presentaba mayores complicaciones, aunado a que comenzó con proceso infeccioso el cual tampoco fue atendido como ya ha quedado de manifiesto, debido a que AR1, AR3, AR4 y AR5 soslayaron considerar el cuadro clínico de disminución de hemoglobina y células blancas en aumento que cursaba V1, el cual era atípico, iniciando hasta cinco días después de presentar alteraciones a nivel pulmonar, que se inició con el tratamiento correspondiente, por lo cual se afirma que vulneraron su derecho humano a la protección de la salud, que derivó en la pérdida de su vida como se mencionará más adelante.

**70.** AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, incumplieron en el desempeño de sus respectivas funciones, el contenido de la literatura médica especializada actual para el manejo de neumonías nosocomiales, toda vez, que de haber identificado oportunamente el proceso infeccioso y haber brindado tratamiento idóneo desde el comienzo de la enfermedad, habría impactado en un mejor pronóstico de V1.

**71.** De igual forma, las autoridades señaladas como responsables incumplieron con el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud, que precisa que la atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, en concordancia con el diverso 138 Bis 2, fracción III del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vigente al momento de los hechos, que señala lo siguiente:

**71.1.** *“(...) equipo multidisciplinario al personal profesional, técnico y auxiliar de diversas disciplinas del área de la salud, que intervienen en la atención médica integral del enfermo en situación terminal”.*

**71.2.** Lo anterior correlacionado con las fracciones III y V, del artículo 3, del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, que define el conjunto de servicios médicos que se le proporcionan al paciente para proteger, promover y restaurar su salud.

**72.** V1 tenía derecho de ser atendida de manera integral para obtener un diagnóstico y tratamiento certero, contrario a ello, las acciones y omisiones de los médicos señalados, contribuyeron al deterioro de su salud, al no haberle garantizado la atención médica que requería, debido a que los hallazgos observados ameritaban su valoración y manejo médico inmediato para limitar la progresión de su enfermedad y evitar que se pusiera en riesgo su vida como aconteció, lo que pudo haberse evitado si desde un inició se le hubiera realizado la valoración por parte del Servicio de Oncología Médica, así como una adecuada exploración para conocer la etiología de la infección que presentaba y darle seguimiento a los estudios solicitados, lo que al no haber acontecido, les genera responsabilidad al haber vulnerado el derecho humano a la protección a la salud.

**73.** En ese sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha establecido lo siguiente:

*“MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA. Para la exigencia de responsabilidad en contra de un médico por un diagnóstico equivocado, ha de partirse de si dicho profesional ha realizado o no todas*

*las comprobaciones necesarias, atendiendo al estado de la ciencia médica, para emitir el diagnóstico. La actividad diagnóstica comporta riesgos de error que pueden mantenerse en ciertos casos dentro de los límites de lo tolerable, **sin embargo, existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina.** De lo anterior se colige que **el hecho de realizar un diagnóstico sin la diligencia debida por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina**".<sup>5</sup>*

*"Énfasis añadido".*

74. A las **fecha de fallecimiento**, V1 presentó paro cardiorrespiratorio, sin que se realizara manejo avanzado de la vía aérea, toda vez que los familiares no lo aceptaron, declarando su fallecimiento a las **Hora Hora**, señalándose como causas de su defunción: "*choque séptico, neumonía nosocomial, infección de vías urinarias, sarcoma y diabetes mellitus*".

75. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, vulneraron su derecho humano a la salud, que derivó en la pérdida de su vida como se analizará enseguida.

<sup>5</sup> 10 Tesis Aislada, 1ª. XXVII/2013, Registro 2002570.

## B. DERECHO A LA VIDA.

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

77. 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 (...).”*<sup>6</sup>.

*“Énfasis añadido”.*

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

---

<sup>6</sup> 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.

**79.** 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 (...)”<sup>7</sup>*, asimismo, *“(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)”<sup>8</sup>*.

**80.** Este Organismo Nacional ha referido 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”<sup>9</sup>*.

**81.** El derecho a la vida y a la protección de la salud, tienen la profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana<sup>10</sup>; en el caso particular, las mismas evidencias y consideraciones que

---

<sup>7</sup> “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, p.144.

<sup>8</sup> “Caso Familia Barrios vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, p. 48.

<sup>9</sup> CNDH. Recomendación 75/2017, p. 61.

<sup>10</sup> “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, párrafo 117.

servieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna, Oncología Médica y Nefrología del Hospital Regional “1° de Octubre”, constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida.

### **B.1. Violación al derecho humano a la vida.**

**82.** V1 falleció a las [redacted] Hora y Fecha de fallecimiento y conforme a la información asentada en el certificado de defunción, las causas que provocaron su deceso fue: choque séptico (dos días), en tanto, el rubro destinado a “*causas, antecedentes, estados morbosos si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica*”, se advirtió: neumonía nosocomial (doce días), infección en vías urinarias (doce días) y sarcoma (seis años).

**83.** En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se asentó la responsabilidad del personal médico tratante de V1, por los siguientes motivos:

**83.1.** La neumonía nosocomial, es un padecimiento grave que V1 presentó, el cual no fue diagnosticado ni manejado adecuada ni oportunamente como se sustentó.

**83.2.** El desenlace de V1, se presentó como consecuencia de haberse desestimado el diagnóstico de neumonía nosocomial, confirmado con el resultado los estudios de laboratorio practicados a V1 desde el 6 de diciembre de 2017, que evidenciaron disminución de la hemoglobina y células blancas en aumento, lo que ameritaba su manejo médico inmediato.

**83.3.** AR2 no valoró de forma oportuna a V1, circunstancia que incidió en el retraso en su diagnóstico y tratamiento, incrementándose las complicaciones que ocasionaron su lamentable deceso.

**83.4.** Al respecto, en el certificado de defunción se destacó como causa de su deceso choque séptico de dos días de evolución aunado a la neumonía nosocomial de doce días de temporalidad.

**84.** Resulta evidente que se omitió seguir los protocolos y tratar en tiempo y forma la neumonía nosocomial, así como el padecimiento oncológico con que se diagnosticó a V1; toda vez que aun cuando AR1, AR3, AR4 y AR5 la valoraron médicamente, fue hasta después de cinco días de cursar con alteraciones a nivel pulmonar cuando se estableció el uso de antibiótico que solicitó el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional “1° de Octubre”, lo que fue extemporáneo e insuficiente para restablecerle su salud; en ese sentido, se reitera que la falta de una adecuada exploración, una minuciosa revisión, la omisión de considerar el resultado de los estudios realizados, la administración tardía de antibiótico y un diagnóstico certero, así como la demora en la atención ocasionó el avance de la historia natural de la neumonía nosocomial y con ello, se produjo la afectación al derecho humano a la protección de su salud con la subsecuente pérdida de la vida, por lo que se afirma, que dichos profesionistas incumplieron con su deber de garantizar calidad y oportuna atención médica V1.

**85.** También incumplieron lo previsto en los artículos 8, fracción II, 48 y 138 Bis 2, fracción III del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que destacan que las actividades de atención médica tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos; y el derecho de

los usuarios a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad, recibir atención profesional y éticamente responsable, siendo responsabilidad del médico tratante identificar, valorar y atender en forma oportuna el dolor y síntomas, sin importar las distintas localizaciones o grados de intensidad con tratamiento adecuado y apegado a principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

**86.** Trasgredieron los puntos 2 y 3 del Código de Conducta para el personal de Salud 2002<sup>11</sup>, los cuales prevén la obligación del personal médico para aplicar el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente, apegándose a 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.

**87.** Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 4º, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restablecer la salud de las personas.

**88.** En el presente caso, los médicos tratantes que atendieron a V1, no consideraron la evolución de la sintomatología que presentaba ni mucho menos del proceso infeccioso que se desarrolló, confirmado por estudios de laboratorio, colocándola en un estado de vulnerabilidad, al no haberle brindado adecuada atención médica, lo cual provocó su fallecimiento.

---

<sup>11</sup> Emitido en el mes de octubre con la participación de la Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y la Dirección de Vinculación con Gobierno y Sociedad de la SECODAM.

**89.** Para 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 Unidas<sup>12</sup>.

**90.** 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.

**91.** En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en: *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, en especial, en relación a la meta 3.8, cuya misión es: *“(…) Lograr la cobertura sanitaria universal, (…) incluido el acceso a servicios básicos de salud de calidad (…)”*.

**92.** Por ello, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a fin de que se garantice una vida saludable y se promueva el bienestar para todos a cualquier edad; por lo cual, se requiere reforzar los servicios hospitalarios para que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a los pacientes de manera adecuada y con base en los protocolos existentes para cada padecimiento.

**93.** En el caso particular, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 vulneraron el derecho a la protección de la salud de V1 que trascendió hasta la pérdida de la vida, por lo cual

---

<sup>12</sup> Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

vulneraron los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º fracción II, 23 y 27, fracción III; 32, 33 fracción II, y 51 de la Ley General de Salud, así como en el contenido del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vigentes al momento de los hechos, así como la Guía Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Sarcoma de Tejidos Blandos en Extremidades y Retroperitoneo en Adultos y la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto y con lo establecido en la literatura médica especializada actual para el manejo de neumonías nosocomiales.

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

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

**95.** Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017<sup>13</sup>, 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.”

**96.** En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, ha sostenido que “un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la

---

<sup>13</sup> CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

*situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”<sup>14</sup>.*

**97.** La norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, 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 (...)”<sup>15</sup>.*

**98.** 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 las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

**99.** Igualmente, reconoció que dicho derecho 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

---

<sup>14</sup> CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

<sup>15</sup> Introducción, p. dos.

se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.<sup>16</sup>

**100.** Una de las consecuencias de la indebida integración del expediente clínico es que dificulta la investigación en caso de presuntas violaciones a derechos humanos, por lo que, en el caso particular, se asentarán las irregularidades administrativas en su integración.

### **C.1. Inadecuada integración del expediente clínico.**

**101.** De las evidencias con que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que en algunas hojas de urgencias, evolución y notas médicas de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, omitieron asentar su firma, cargo, o en su caso, número de cédula profesional; otras fueron ilegibles, con abreviaturas, sin fecha ni hora legible o datos de quien la suscribió como en el caso de la emitida el 5 de diciembre de 2017, en la que se valoró a V1 por parte del Servicio de Oncología Médica, obrando únicamente una rúbrica al calce, desconociendo a quien pertenece; por lo que dichos profesionistas infringieron los lineamientos del punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, en lo subsecuente NOM-004-SSA3-2012, que establece: *“Todas las notas (...) deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, (...) la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables (...)”*, así como el diverso 5.11 que ordena: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)”*.

---

<sup>16</sup> CNDH, p. 34.

**102.** Por su parte, AR1, AR3, AR4 y AR5 omitieron realizar una adecuada historia clínica de V1 y exploración física con toma de signos vitales, cubrir con antibiótico de amplio espectro y solicitar radiografía de tórax, con lo cual contravinieron los puntos 6.1, 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 y 6.1.4 de la referida NOM-004-SSA3-2012, en los que se especifican los requerimientos para el interrogatorio de toda persona, así como los resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.

**103.** Las omisiones en que incurrieron las personas servidoras públicas ya referidas en la atención médica de V1 impidieron que se determinara la etiología de su padecimiento, de ahí que la historia clínica era fundamental para allegarse de un diagnóstico correcto, lo que no aconteció, 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***<sup>17</sup>.

*“Énfasis añadido”.*

**104.** Por otra parte, no pasa inadvertido para esta Comisión Nacional, que en la queja presentada por Q con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, indicó entre otras cuestiones, lo siguiente:

**104.1.** Cuando V1 ingresó al Servicio de Urgencias por presentar síndrome de *Trousseau*, “solo la mantenían sedada, sin ningún tratamiento para el cáncer, únicamente para la trombosis y la diabetes”.

**105.** Al respecto, de las evidencias analizadas, se advirtió que fue hasta el 5 de diciembre de 2017 que V1 fue valorada por AR2, médico adscrito al Servicio de Oncología Médica, quien encontró a la paciente estupefita, estableciendo que no era candidata a quimioterapia, hasta investigar el origen del deterioro neurológico; médico del cual no se pudo establecer nombre completo y matrícula, por lo que la autoridad correspondiente habrá de realizar la investigación para determinar su identidad y fincarle responsabilidad.

---

<sup>17</sup> Registro 2002569. Semanario Judicial de la Federación, Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1.

**106.** Los requisitos a los que se ha hecho mención resultan necesarios ya que, a través de las notas clínicas y las indicaciones médicas documentadas en el expediente clínico, se evidencia la relación médico-paciente, de ahí la importancia de brindar información adecuada a los usuarios o en su caso, a sus familiares.

**107.** Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de las y los pacientes, así como su historial clínico detallado para un tratamiento acorde a su padecimiento y en su caso, para deslindar las responsabilidades que correspondan, con lo cual se vulnera el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de su atención médica en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

**108.** 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 revelaron las omisiones del personal médico cuyas notas médicas se encontraron incompletas, breves e ilegibles, con abreviaturas, a pesar de que dichos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.<sup>18</sup>

**109.** No obstante, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la referida norma oficial mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo que se traduce en el respeto al derecho humano al acceso a la información en la materia, ya que como se asentó, las instituciones de salud y en el caso particular, el ISSSTE

---

<sup>18</sup> CNDH. Recomendaciones 83/2019, p. 219, 1/2019, p.145, 71/2018, p.243 y 40/2018, p. 222, entre otras.

resulta solidariamente responsable de su incumplimiento y como parte de la prevención, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas para que se cumpla en sus términos.

**110.** Cabe destacar que el 8 de septiembre de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la diversa NOM-024-SSA3-2010, *“que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud”*, la cual también es de observancia obligatoria en el sector público y para quienes presten servicios médicos de los sectores social y privado, que adopten sistemas de registros electrónicos en materia de salud; por ello, es indispensable que el ISSSTE considere su subsecuente aplicabilidad al ser considerado un: *“Sistema Informático que almacena los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser accesado por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integral la atención y cuidados de salud”*<sup>19</sup>, la cual es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para el Sector Público, así como para aquellos establecimientos que presten servicios de atención médica, personas físicas y morales de los sectores social y privado que adopten un sistema de registros electrónicos en salud en términos de la presente norma y de la legislación aplicable.

**111.** Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, incumplieron con lo previsto en los artículos 7, fracciones I y VII y 49 fracción I, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, en relación al artículo 252 de la Ley del Instituto

---

<sup>19</sup> Manual del expediente clínico electrónico emitido por la Secretaría de Salud en el año 2011, 1ª edición, p.11.

de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que prevén su obligación 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; en ese sentido, aun cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

#### **D. RESPONSABILIDAD.**

**112.** La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 provino de la falta de diligencia con la que se condujeron en la atención médica proporcionada a V1 como se acreditó con las acciones y omisiones descritas en la presente Recomendación, lo que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud que repercutió en la pérdida de la vida de V1, como se constata enseguida:

**112.1.** AR1, AR3, AR4 y AR5, a partir del 5 de diciembre de 2017 y hasta antes de la defunción de V1, no le realizaron una adecuada exploración física con toma de signos vitales, cubrir con antibiótico de amplio espectro, solicitar radiografía de tórax, lo que propició que ninguno advirtiera el desarrollo del proceso infeccioso que presentó V1, padecimiento que desarrolló neumonía nosocomial, derivado de su inadecuado manejo clínico.

**112.2.** AR2 a partir del 7 de noviembre de 2017 retardó de forma injustificada la valoración de V1, la cual le fue solicitada por SP4 y por AR1, lo cual impidió la instauración oportuna del manejo médico requerido, toda vez que fue hasta el

5 de diciembre de ese año, que acudió a valorarla. Dado que se desconoce la identidad del médico que emitió la nota médica de esa fecha, será la autoridad correspondiente la que habrá de realizar la investigación para determinar su identidad y fincarle responsabilidad.

**112.3.** A pesar de que AR1, AR3, AR4 y AR5, desde el 5 de diciembre de 2017, contaban con los resultados de los estudios de laboratorio, omitieron ajustar el tratamiento para contrarrestar el foco infeccioso pulmonar desarrollado en V1, lo que le generó mayor inestabilidad y su deterioro paulatino, ya que para el momento en que AR1 inició manejo con antibioticoterapia, esto es, el 11 de ese mismo mes y año, ya habían transcurrido cinco días desde el inicio del proceso infeccioso.

**113.** Por otro lado, las irregularidades en la integración del expediente clínico de V1, igualmente constituyen responsabilidad para AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 y quienes resulten responsables, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, con lo cual se vulneró su derecho humano al acceso a la información en materia de salud.

**114.** De lo anterior se desprende que las referidas personas servidoras públicas incurrieron en actos que afectaron la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto, que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal, conforme a lo dispuesto en los artículos 7, fracciones I y VII y 49 fracción I, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

**115.** En consecuencia, con fundamento 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, 73 bis de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

**115.1.** Denuncia ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 y en contra de quien resulte responsable con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1 y en el caso de los cinco primeros, respecto a la integración del expediente clínico.

**115.2.** Denuncia en la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 y quien resulte responsable, con motivo de la deficiente atención médica de V1.

**116.** No se omite precisar que como se asentó el 28 de octubre de 2019, el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE resolvió improcedente la queja presentada por Q ante la deficiente atención médica brindada a V1, por lo que no se ordenaron medidas de no repetición al personal médico del Hospital Regional “1° de Octubre”, de igual forma no se dio vista al Órgano Interno de Control en dicho Instituto.

#### **E. REPARACIÓN DEL DAÑO.**

**117.** 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 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de

Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr su 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.

**118.** 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 de V1 que derivó en la pérdida de su vida, así como al acceso a la información en materia de salud, se deberá inscribir a V2 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual, se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

**119.** 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”* de las Naciones Unidas 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, 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.

**120.** En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la CrIDH asumió 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”*.<sup>20</sup>

**121.** Sobre el *“deber de prevención”*, la CrIDH sostuvo que: *“(…) abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus*

---

<sup>20</sup> Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

*consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...).<sup>21</sup>*

**122.** Esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

***i. Rehabilitación.***

**123.** De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2, atención psicológica y tanatológica en caso de que lo requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta su sanación psíquica y emocional con motivo del fallecimiento de V1.

**124.** Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, con información previa, clara y suficiente. Los tratamientos en su caso, deberán ser provistos por el tiempo necesario, incluyendo cuando sea indispensable, la provisión de medicamentos.

***ii. Satisfacción.***

**125.** En el presente caso, la satisfacción comprende que el ISSSTE colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa y en la presentación de la denuncia en contra del personal médico interviniente y quien

---

<sup>21</sup> “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.

resulte responsable, a fin de que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

**126.** Ese instituto deberá dar vista al Órgano Interno de Control en el ISSSTE, a fin de que se determine la responsabilidad administrativa en que hayan incurrido AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5.

**127.** Con independencia de la resolución que en su caso pueda emitir el Órgano Interno de Control, se deberá anexar copia de la presente Recomendación, en los expedientes laborales de los servidores públicos involucrados.

***iii. Garantías de no repetición.***

**128.** Consisten en implementar medidas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, para lo cual, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

**129.** Se deberá solicitar al director del Hospital Regional “1° de Octubre”, que instruya al personal médico para que en el desempeño de sus funciones observen lo establecido en las normas oficiales mexicanas y se mantenga la certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades y se informen las medidas implementadas para dar cumplimiento a lo solicitado.

**130.** Por tanto, las autoridades del ISSSTE deberán implementar un curso integral en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, al personal médico del servicio de Oncología Médica, Medicina Interna y Nefrología del Hospital Regional “1° de Octubre”, sobre capacitación y

formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud en relación a la debida observancia al contenido de las Guías de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Sarcoma de Tejidos Blandos en Extremidades y Retroperitoneo en Adultos y de Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto, y uno más relacionado con la aplicabilidad del *“Manual del expediente clínico electrónico”* emitido por la Secretaría de Salud, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. El contenido de dichos cursos deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultado con facilidad.

**131.** En el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal médico del área de Oncología Médica, Medicina Interna y Nefrología del Hospital Regional *“1° Octubre”* ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con debida diligencia.

**132.** 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”*<sup>22</sup>, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

---

<sup>22</sup> Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.

#### ***iv. Compensación.***

**133.** La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. el daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”.<sup>23</sup>

**134.** El ISSSTE en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a esta última para que, en el ejercicio de sus atribuciones, se proceda conforme a Derecho.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

#### **V. RECOMENDACIONES.**

**PRIMERA.** En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que esta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación del daño de V2, con motivo del deceso de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, así como se le inscriba en Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda,

---

<sup>23</sup> “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, p. 244.



Asistencia y Reparación Integral correspondiente y se les otorgue una compensación, 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.** Colabore con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 y en contra de quien resulte responsable, con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, así como las relacionadas con la integración del expediente clínico, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

**TERCERA.** Colabore con este Organismo Nacional en la denuncia que se presente ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 y quien resulte responsable, con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

**CUARTA.** Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el ISSSTE, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**QUINTA.** Diseñar e impartir en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral dirigido al personal médico del servicio de Oncología Médica, Medicina Interna y Nefrología del Hospital Regional “1° de Octubre”, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad,

disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud en relación a la debida observancia al contenido de las Guías de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Sarcoma de Tejidos Blandos en Extremidades y Retroperitoneo en Adultos y de Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto; y uno más relacionado con la aplicabilidad del *“Manual del expediente clínico electrónico”* emitido por la Secretaría de Salud, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, debiendo asegurarse que entre las personas a quienes se imparta, se encuentren AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, los cuales podrán estar en la plataforma con que cuenta dicho instituto o en su caso implementar las ligas de las diversas plataformas en donde podrán tomar dichas capacitaciones en la modalidad en línea, debiendo remitir a esta Comisión Nacional, las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SEXTA.** Gire instrucciones para que en el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular dirigida al personal médico del Servicio de Oncología Médica, Medicina Interna y Nefrología del Hospital Regional *“1° de Octubre”*, en la que se exhorte, cuando así proceda, 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 con diligencia casos similares al que nos ocupa, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SÉPTIMA.** Designe a la persona servidora pública de alto nivel de decisión que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

**135.** La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las 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 u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

**136.** 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.

**137.** 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.

**138.** 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 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.

**PRESIDENTA**

**MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA**