



RECOMENDACIÓN No. 94 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA, A LA VIDA Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V PERSONA ADULTA MAYOR, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 6 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CIUDAD MADERO, TAMAULIPAS.

Ciudad de México, a 26 de noviembre de 2021

**MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Distinguido 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/5/2019/6676/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en el Hospital General Regional número 6, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Madero, Tamaulipas.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 párrafo primero, 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; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley

General de Protección y Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de las autoridades recomendadas, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para distintas personas involucradas en los hechos y expedientes son los siguientes:

CLAVE	SIGNIFICADO
QV	Quejoso/Víctima
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública
JA	Juicio de Amparo

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas dependencias, instancias de gobierno y normatividad, se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán ser identificados como sigue:

NOMBRE	CLAVE
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Hospital General Regional Número 6 del IMSS en Madero, Tamaulipas.	Hospital General 6
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH, Organismo Nacional, Comisión Nacional
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico

I. HECHOS.

5. El 23 de julio de 2019, se recibió en este Organismo Nacional la queja presentada por QV, quien señaló que el 28 de junio de ese año su madre V, mujer adulta mayor, ingresó al Hospital General 6 para extirparle la vesícula biliar y el 4 de julio de 2019, fue dada de alta; posteriormente V presentó dolor abdominal y temperatura, por lo que el 10 de ese mes y año, acudió nuevamente a dicho nosocomio, ocasión en la que se le informó que su sintomatología era normal dándola de alta al día siguiente.

6. QV agregó que los síntomas de V persistieron, decidiendo acudir con diversos médicos particulares, quienes le indicaron que era necesario una intervención quirúrgica urgente, ya que la vesícula biliar de su madre estaba inflamada y se le podía “reventar” en cualquier momento.

7. En los días posteriores el estado de salud de V se deterioró hasta el grado de perder la consciencia, por lo que el 16 de julio de 2019, QV promovió juicio de amparo, en el cual un Juez de Distrito ordenó al IMSS, a través de una suspensión de plano, que se le brindara, de manera inmediata, la atención necesaria a V a efecto de preservar su vida y, se le proporcionara el traslado al Hospital General 6; dicha resolución no fue acatada por el IMSS, por lo que el 17 de julio de ese año, QV llevó a V a dicho nosocomio por medios particulares, donde se le informó que V había entrado en estado de shock séptico y posteriormente en coma.

8. V permaneció internada en el Hospital General 6 hasta el 5 de agosto de 2019, cuando presentó fallo cardiorrespiratorio y falleció por tromboembolia pulmonar, neumonía asociada a ventilación mecánica e insuficiencia renal.

9. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional, el expediente de queja CNDH/5/2019/6676/Q, y para documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó diversa información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.



II. EVIDENCIAS.

10. Escrito de QV recibido en esta Comisión Nacional el 23 de julio de 2019, a través del cual señaló las irregularidades relativas a la atención médica otorgada a su madre (V) en el Hospital General 6.

11. Oficio número 095217614C21/2270, recibido en este Organismo Nacional el 27 de agosto de 2019, a través del cual la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS remitió el informe rendido por el Director del Hospital General 6, relacionado con la atención que se le brindó a V en dicho nosocomio.

12. Oficio número 095217614C21/2333, recibido en esta CNDH el 30 de agosto de 2019, a través del cual la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS remitió los informes rendidos por SP7 y SP8, en relación con la atención médica que le brindaron a V en el Hospital General 6.

13. Oficio número 095217614C21/2544, recibido en esta Comisión Nacional el 24 de septiembre de 2019, a través del cual el IMSS remitió copia del expediente clínico de V integrado en el Hospital General 6, del cual se destacan las siguientes notas médicas:

13.1. “*TRIAGE*”¹ y Nota inicial del servicio de Urgencias de 28 de junio de 2019, en la que SP1 asentó que V acudió al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal con ultrasonido general de abdomen con “*colecistitis*”².

13.2. Nota postquirúrgica de 1 de julio de 2019, en la que SP2 señaló que se realizó a V colecistectomía convencional, hallándose vesícula biliar de 8 por 5 por 4 centímetros con paredes engrosadas con múltiples litos (cálculos o piedras).

¹ Método que tiene como propósito la selección y clasificación de pacientes de acuerdo a su gravedad a través de los colores: verde, amarillo y rojo.

² Inflamación de la vesícula biliar.

13.3. Nota de Alta de fecha 4 de julio de 2019, en la que SP3 señaló que V cursaba con dolor leve en sitio de herida quirúrgica, bordes bien afrontados y como plan estableció dar de alta a V por mejoría.

13.4. Nota médica de 10 de julio de 2019 de las 22:40 horas, en la que SP4 asentó que V presentaba dolor abdominal, vómito y mareo, diagnosticando infección de herida quirúrgica, por lo que fue canalizada al área de observación y solicitó valoración por la especialidad de Cirugía General.

13.5. Nota médica de 11 de julio de 2019, del servicio de Cirugía General, en la que AR1 indicó que valoró a V, diagnosticándole seroma³ y ordenó su alta médica.

13.6. Nota médica de 17 de julio de 2019, en la que SP1 asentó que V ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General 6, por presentar dolor abdominal desde el 28 de junio de ese año, diagnosticando dolor abdominal y probable colecistitis.

13.7. Nota inicial choque de 17 de julio de 2019, en la cual SP5 estableció que V tenía el diagnóstico de choque séptico probable origen abdominal, así como antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica.

13.8. Nota de cirugía general y nota posoperatoria de 18 de julio de 2019, signadas SP6, quien indicó que se realizó a V una cirugía por laparoscopia para valorar el estado de la cavidad, encontrando “*hematoma*”⁴ en lecho hepático.

13.9. Nota de medicina crítica evolución de 27 de julio de 2019, en la cual SP7 señaló que V tenía un cultivo positivo a *Stenotrophomonas maltophilia*⁵,

13.10. Nota de Terapia Intensiva de 1 de agosto de 2019 a las 12:34 horas, mediante la cual SP8 indicó que V egresó por mejoría para continuar tratamiento

³ Masa o bulto como resultado de una acumulación de líquido transparente en un tejido, un órgano o una cavidad corporal

⁴ Acumulación de sangre coagulada o parcialmente coagulada en un órgano.

⁵ Es una bacteria que se encuentra principalmente en el ambiente hospitalario, es multirresistente y con gran adherencia a las vías respiratorias altas y bajas. Los pacientes con mayor riesgo de adquirirla son los ingresados en unidades de cuidado intensivo con ventilación mecánica.

y seguimiento a cargo del servicio de Cirugía General, reportando estado de salud delicado, pronóstico reservado a evolución.

13.11. Registro clínico esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 1 y 2 de agosto de 2019 del que se destaca que V presentó fiebre de 38 grados.

13.12. Nota médica de 2 de agosto de 2019, en la cual AR1 indicó que solicitó valoración por parte del servicio de Medicina Interna para seguimiento de “*patología residual*”⁶, solicitando estudios de laboratorio consistentes en electrocardiograma, radiografía de tórax y tomografía axial computarizada.

13.13. Nota médica elaborada el 2 de agosto de 2019, por AR2, quien señaló que V continuaba sin complicaciones y para manejo conjunto con el servicio de Medicina Interna.

13.14. Nota médica de 3 de agosto de 2019, a las 11:00 horas en la que un médico del servicio de Cirugía General (cuyo nombre esta ilegible) asentó que V cursaba probable “*neumonía*”⁷.

13.15. Nota médica de 3 de agosto de 2019, a las 18:05 horas en la que un médico no identificado (el nombre es ilegible) adscrito al servicio de Medicina Interna refirió que V presentaba neumonía, solicitando radiografía de tórax e inicio de terapia a base de antibiótico, agregando que existía alto riesgo de complicaciones.

13.16. Nota médica elaborada el 4 de agosto de 2019 en la cual SP9 mencionó que V tenía indicaciones de que se le transfundiera un paquete globular y uno de plasma, asimismo, que le realizaron estudios de laboratorio y estaba en espera de cambio de servicio.

⁶ Término que se usa para describir la presencia de un número muy pequeño de células malignas que permanecen en el cuerpo durante el tratamiento o después de este.

⁷ Inflamación de los pulmones, causada por la infección de un virus o una bacteria, que se caracteriza por la presencia de fiebre alta, escalofríos, dolor intenso en el costado afectado del tórax, tos y expectoración.

13.17. Nota médica de 5 de agosto de 2019 a las 12:30 horas, en la que AR2 refirió que V no presentaba datos de dificultad respiratoria.

13.18. Nota de Eventualidad Medicina Interna de 5 de agosto de 2019, en la que SP10 precisó que acudió a valorar a V a petición de Jefatura de Medicina Interna, ocasión en la que la encontró con ausencia de signos vitales e inició maniobras de reanimación cardiopulmonar, básica y avanzada, presentando paros cardiorrespiratorios, por lo que tras 20 minutos se declaró su fallecimiento.

13.19. Nota de defunción del 5 de agosto de 2019 suscrita por AR2 quien señaló que V presentó paro cardiorrespiratorio y se realizaron medidas de reanimación.

14. Acta circunstanciada de 6 de mayo de 2020, elaborada por un visitador adjunto de esta Comisión Nacional quien hizo constar que se recibió la fotografía del certificado de defunción de V, en el que se asentó como causas del fallecimiento *“insuficiencia renal aguda”*⁸, neumonía asociada a ventilación mecánica y *“trombo embolia pulmonar”*⁹.

15. Dictamen médico de 15 de mayo de 2020, emitido por una especialista de esta Comisión Nacional, quien concluyó que la atención médica brindada a V por parte de AR1 y AR2 en el Hospital General 6 fue negligente.

16. Correo electrónico de 2 de noviembre de 2020, por medio del cual la analista de la División de Atención a Quejas en materia de Derechos Humanos del IMSS informó que el 13 de diciembre de 2019, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese Instituto, declaró como improcedente desde el punto de vista médico el expediente de QM, adjuntando el acuerdo respectivo.

17. Acta circunstanciada de 8 de abril de 2021, elaborada por un visitador adjunto de este Organismo Nacional quien certificó la consulta que realizó al JA, advirtiéndose

⁸ Se desarrolla cuando los riñones pierden de repente la capacidad de filtrar los desechos de la sangre.

⁹ Obstrucción en una de las arterias de los pulmones

que el 12 de febrero de 2020 el Juez determinó sobreseer el caso por el fallecimiento de V.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

18. El 16 de julio de 2019, QV presentó demanda de amparo a favor de V, radicándose el JA ante el Juzgado Décimo de Distrito en el Estado de Tamaulipas, en el que, el 12 de febrero de 2020 se dictó su sobreseimiento.

19. El 13 de diciembre del 2019, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS, declaró como improcedente la QM, relacionada con el caso de V.

20. A la fecha de emisión de la presente Recomendación, no se tiene evidencia de que se hubiese iniciado carpeta de investigación ante la autoridad ministerial, ni de algún procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el IMSS.

IV. OBSERVACIONES Y ANALISIS DE LAS PRUEBAS.

21. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2019/6676/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V por inadecuada atención médica en el Hospital General 6, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QV.

A. Situación de vulnerabilidad de las personas adultas mayores que padecen enfermedades crónicas.

22. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquel *“estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.”*¹⁰ A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

23. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que *“por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.”*¹¹

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

¹⁰ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *“Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”*, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, p. 8; CNDH, Recomendación 52/2020, párr. 26; 23/2020, párr. 22; 26/2019, párr. 24.

¹¹ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

25. La Ley General de Salud, en su artículo 25, ordena que en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud *“se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos en situación de vulnerabilidad.”*

26. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades crónicas son aquellas de *“larga duración y por lo general de progresión lenta”*.¹² Para dicho Organismo Internacional, las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor afectación son las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición.¹³

27. Por su parte, el IMSS considera que las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por progresión lenta y de larga duración; son complejas e implican un alto grado de dificultad técnica. Entre las que generan mayores costos al Instituto son las enfermedades i) cardiovasculares e hipertensión arterial; ii) la diabetes mellitus; iii) los cánceres, en particular el cérvico-uterino y de mama, y iv) la insuficiencia renal crónica, principalmente como complicación de las dos primeras.

28. La Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre la Diabetes, indica que dicho padecimiento *“puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente.”*¹⁴

29. Esta Comisión Nacional ha documentado y acreditado varios casos de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida por parte del IMSS, en agravio de personas con enfermedades diabéticas, verificándose en la mayoría de estos el desarrollo de padecimientos en las que dicha enfermedad crónica era un factor de riesgo.¹⁵

¹² OMS, Enfermedades crónicas. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

¹³ OMS, “Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la diabetes”, Suiza, OMS, 2016, p. 6.

¹⁵ CNDH. Recomendaciones 52/2020, párr. 40; 23/2020, párr. 32; entre otras.

30. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, advierte que, las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, porque tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal derecho, los efectos pueden ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria.¹⁶

31. En el presente caso, V mujer de 73 años de edad con antecedentes de “*diabetes mellitus 2*”¹⁷ e “*hipertensión arterial sistémica*”¹⁸, el 28 de junio de 2019 fue llevada por QV al servicio de Urgencias de Adultos del Hospital General 6 por padecer dolor abdominal; el 1 de julio de 2019 le realizaron una colecistectomía convencional o abierta y fue dada de alta el 4 de ese mes y año por mejoría. Posteriormente, presentó un proceso infeccioso a nivel abdominal y el 17 de julio de 2019 nuevamente ingresó al Hospital General 6; sin embargo, no se realizó un estudio adecuado del proceso infeccioso que presentaba V y no se tomó en consideración sus antecedentes como la edad y las comorbilidades que tenía, lo que desencadenó que su estado de salud se deteriorara y finalmente falleciera el 5 de agosto de 2019, incurriendo en una inadecuada atención médica, como se analizará en el apartado siguiente.

B. Derecho a la protección de la salud.

32. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la

¹⁶ CNDH. Recomendaciones, 52/2020, párr. 36; 23/2020, párr. 28; 82/2019, párr. 51.

¹⁷ Enfermedad por la que el cuerpo no controla la cantidad de glucosa (un tipo de azúcar) en la sangre y los riñones elaboran una gran cantidad de orina. La enfermedad se presenta cuando el cuerpo no produce suficiente insulina o no la consume de la forma en que debiera hacerlo.

¹⁸ Enfermedad crónica, controlable de etiología multi- factorial, que se caracteriza por un aumento sostenido en las cifras de la presión arterial sistólica (PS) por arriba de 140 mmHg , y/o de la presión arterial diastólica (PD) igual o mayor a 90 mmHg.

posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.¹⁹

33. Por su parte, el numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.²⁰

34. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 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 OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*²¹

35. La Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma en su artículo 25, párrafo primero 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...”*.

36. En la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, ha señalado 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*

¹⁹. CNDH, Recomendación 30/2021, párr. 35; 28/2021, párr. 32; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 16; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

²⁰ “Artículo 1o. Bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

²¹ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14.

garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”.

37. La SCJN en la tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección,²² 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.”*

38. Para una mejor comprensión de este apartado se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a V, en los servicios de Urgencias de Adultos, Medicina Interna y Cirugía General del Hospital General 6.

39. El 28 de junio de 2019, V, mujer de 73 años de edad con antecedentes de *“diabetes mellitus 2”* e *“hipertensión arterial sistémica”* *“enfermedad de Parkinson”*²³, fue llevada por QV al servicio de Urgencias de Adultos del Hospital General 6 por padecer dolor abdominal, siendo atendida por SP1, quien asentó en su nota inicial el diagnóstico de colecistitis (inflamación de la vesícula biliar), siendo que el 1 de julio de ese año, SP2 le practicó una colecistectomía convencional o abierta (extirpación quirúrgica de la vesícula biliar). El 4 de julio de ese año V fue valorada por SP3 quien indicó su alta por presentar mejoría.

40. Posteriormente, el 10 de julio de 2019, V ingresó nuevamente al servicio de Urgencias de Adultos del Hospital General 6 por presentar dolor abdominal, vómito, mareo y fiebre, siendo atendida por SP4, quien después de realizar un examen físico asentó en su nota médica el diagnóstico inicial de infección de herida quirúrgica, por lo que indicó, como tratamiento, solución intravenosa, *“omeprazol”*²⁴, antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios; asimismo, ordenó su ingreso al área de observación a efecto de que se le realizaran estudios de laboratorio en sangre (química

²² *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 28/2021, párr. 36; 35/2020, párr. 37; 73/2018, párr. 26; 1/2018, párr. 21; 56/2017, párr. 46; 50/2017, párr. 26; 66/2016, párr. 32 y 14/2016, párr. 32.

²³ Enfermedad progresiva del sistema nervioso que afecta el movimiento; los síntomas comienzan gradualmente.

²⁴ Protector de la mucosa gástrica.

sanguínea, biometría hemática, tiempos de coagulación), gasometría arterial, radiografía de abdomen y solicitó valoración por parte del servicio de Cirugía General.

41. Al día siguiente, V fue valorada por AR1, quien asentó en su nota del servicio de Cirugía General que clínicamente encontró a V con herida quirúrgica suturada, con bordes bien afrontados, escasa salida de líquido “seroso”²⁵, sin datos de infección, integrando el diagnóstico de seroma e indicó su alta a domicilio.

42. Al respecto, la especialista de este Organismo Nacional precisó en su dictamen que el diagnóstico de seroma efectuado por AR1 no era compatible con el cuadro clínico referido y documentado al momento de que V ingresó al servicio de Urgencias (dolor abdominal, fiebre, mareo y estreñimiento); asimismo, abundó que AR1 omitió realizar un interrogatorio y examen físico completo, ya que no tomó en consideración que V era una paciente geriátrica con antecedente de diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial sistémica, lo cual, de acuerdo con la literatura médica especializada en adultos mayores, eran datos relevantes para sospechar que la sintomatología que presentaba se referían a complicaciones posteriores a la colecistectomía que se le practicó, siendo de las más habituales los procesos infecciosos.

43. De igual manera, la especialista de esta CNDH puntualizó que, en la hoja de enfermería de 10 de julio de 2019 se reportó que a V le habían tomado muestra de sangre para análisis de laboratorio y obraba en su expediente clínico la solicitud de una radiografía de abdomen; sin embargo, AR1 no consideró la evaluación de dichos estudios complementarios a fin de descartar un proceso infeccioso, previo a que se le otorgara el alta médica.

44. Es importante señalar que en el expediente clínico de V tampoco se advierte la nota de egreso hospitalario de 11 de julio de 2019, por lo que no es posible conocer las condiciones clínicas que presentaba en ese momento y/o si se le brindaron indicaciones o un tratamiento ambulatorio; no obstante, de lo referido por QV en su escrito de queja se desprende que V continuó con sintomatología, acudiendo a

²⁵ Fluido corporal que es típicamente de color amarillo pálido y transparente.

valoración con 3 especialistas de medio privado y el 16 de julio, se solicitó al Hospital General 6 se le brindara atención médica y traslado en ambulancia debido a que “(...) *ya no podía pararse y estaba como inconsciente en su domicilio (...)*”, lo cual era indicativo de un deterioro del estado de la consciencia que denotaba un agravamiento del estado de salud.

45. Fue hasta el 17 de julio de 2019, cuando V ingresó nuevamente al servicio de Urgencias Adultos del Hospital General 6, siendo atendida por SP1, quien asentó en su nota médica que V refirió que persistía con dolor abdominal por lo que acudió con diversos médicos particulares, quienes le indicaron que en su vesícula biliar había presencia de gas y litos (cálculos biliares) y, a la exploración física la encontró con dolor en fosa iliaca derecha (parte inferior derecha del abdomen), con moderado estado de hidratación, diagnosticando probable Colelitiasis e indicó su ingreso al área de observación.

46. Sin embargo, V presentó pérdida de conciencia e ingresó al área de choque, donde fue atendida por SP5, quien diagnóstico “*choque séptico*”²⁶ probable origen abdominal, y descartar la posibilidad de una complicación postquirúrgica, ordenando estudios de laboratorio e imagen, administrándole medicamentos. El 17 de julio de 2019, V fue conectada a ventilación mecánica y se ordenó su traslado a cuidados intensivos.

47. Sobre el particular, la especialista de esta Comisión Nacional estableció que durante el procedimiento quirúrgico realizado a V el 1° de julio de 2019 por SP2, sí se le extrajo la vesícula biliar, y que si bien el proceso infeccioso que sufrió fue una complicación inherente a la colecistectomía convencional, no fue causada por una mala técnica quirúrgica, sino un riesgo del propio procedimiento quirúrgico y de las comorbilidades que tenía V.

48. Sin embargo, debido a la negligencia en la que incurrió AR1 el 11 de julio de 2019, al no llevar a cabo una evaluación clínica completa a V, no se permitió el

²⁶ Es una afección grave que se produce cuando una infección en todo el cuerpo lleva a que se presente presión arterial baja peligrosa.

adecuado estudio del proceso infeccioso con el que probablemente contaba y no se descartó la presencia de posibles complicaciones postquirúrgicas, lo que ocasionó un retraso en el diagnóstico y tratamiento del cuadro de infección de foco abdominal que presentaba V desde el 10 de julio de 2019, el cual, en adición a su edad avanzada y sus comorbilidades (diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial sistémica) favorecieron al desarrollo de un choque séptico que provocó un deterioro de su estado de salud.

49. El 18 de julio de 2019, V fue valorada por SP6 y, a las 14:30 horas le efectuó una laparoscopia exploradora, reportando en su nota médica los siguientes hallazgos: hematoma en lecho hepático de 3x3 centímetros, el cual fue aspirado, sin datos de infección o inflamatorios, sin líquido en la cavidad, hueco pélvico libre, hígado macro y macronodular.

50. El 26 de julio de 2019 se inició el protocolo de retiro de la ventilación mecánica asistida mediante tubo en T²⁷; al día siguiente, V fue valorada por SP7 quien asentó en su nota que contaba con cultivo de secreción bronquial positivo a *stentrophomonas maltophilia*²⁸, por lo que hizo ajustes aumentando el tratamiento antibiótico de base. Ese día por la tarde se le retiró el tubo endotraqueal (se le retiró la ventilación mecánica).

51. Del expediente clínico de V se desprende que los días subsecuentes permaneció a cargo de la Unidad de Cuidados Intensivos, donde fue reportada de manera constante como grave y con pronóstico reservado, a pesar de lo anterior, de acuerdo con lo señalado por la especialista médica de este Organismo Nacional no se contó con criterios clínicos de sospecha de que V presentara neumonía asociada a ventilación mecánica. El 1 de agosto de 2019, SP8 valoró a V quien advirtió que no se tenía la necesidad de soporte ventilatorio invasivo, ni de medicamentos

²⁷ El retiro de la ventilación mecánica se realiza de manera progresiva, lo cual permite evaluar la capacidad que tiene el paciente para realizar respiraciones espontáneas, dicha evaluación se realiza mediante un tubo en T.

²⁸ Es una bacteria que se encuentra principalmente en el ambiente hospitalario, es multirresistente y con gran adherencia a las vías respiratorias altas y bajas. Los pacientes con mayor riesgo de adquirirla son los ingresados en unidades de cuidado intensivo con ventilación mecánica.

vasopresores, por lo que indicó su egreso de la unidad de cuidados intensivos, para continuar en seguimiento y tratamiento a cargo de servicio de Cirugía General.

52. De acuerdo con lo asentado en la hoja de registro de enfermería del servicio de cirugía general, a las 00:00 horas del 2 de agosto de 2019, V presentó fiebre. Siendo valorada a las 09:15 horas por AR1, quien indicó que V ingresara a piso procedente de la Unidad de Cuidados Intensivos por presentar dolor faríngeo leve, pico febril ayer por la tarde, precisando que no requería manejo por parte del servicio de Cirugía General y solicitó valoración de la especialidad de Medicina Interna para seguimiento de patología residual y valoración de vías respiratorias, también requirió estudios de laboratorio, EKG²⁹, Tele de Tórax³⁰ y TAC³¹ de abdomen para valorar retiro de drenaje.

53 Ese día a las 18:30 horas AR2 atendió a V y asentando en su nota médica que continuaba sin complicaciones, sin realizar modificaciones al tratamiento ya establecido y nuevamente solicitó interconsulta al servicio de Medicina Interna.

54. Durante el turno matutino del 3 de agosto de 2019, V fue atendida por un médico del servicio de Cirugía General (de quien se desconoce el nombre por estar ilegible), quien indicó en su nota médica que V presentaba “*disnea*”³² y tos con expectoración purulenta; en la exploración física reportó presencia de “*estertores bronquiales*”³³ y “*alveolares*”³⁴, por lo que requirió nuevamente interconsulta al servicio de Medicina Interna por probable neumonía, sin realizar modificaciones al tratamiento.

55. A las 18:05 horas del 3 de agosto de 2019 V fue valorada por un médico no identificado (nombre ilegible) del servicio de Medicina Interna, el cual asentó que V padecía probable neumonía, desnutrición y anemia, agregando a su manejo,

²⁹ Electrocardiograma para medir la actividad del corazón.

³⁰ Radiografía de tórax.

³¹ Tomografía computarizada.

³² Dificultad para respirar.

³³ Pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones.

³⁴ Son ruidos anormales durante la respiración, originados por el paso de aire por los alveolos.

medicamento antibiótico, solicitó radiografía de tórax e interconsulta al servicio de nutrición.

56. En este sentido, la especialista de esta CNDH precisó que el servicio de Medicina Interna del Hospital General 6 tardó dos días en atender la solicitud de interconsulta realizada en 3 ocasiones por parte de personal adscrito a la especialidad de Cirugía General, por lo que se incurrió en la inobservancia del Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel 2660-003-056 del IMSS, que en su numeral 141 establece que el médico no familiar debe acudir y localizar al paciente en el servicio que solicita la interconsulta, el mismo día, durante su jornada; la situación anterior, contribuyó al retraso en el protocolo de estudio de la neumonía asociada a la ventilación mecánica que presentaba V y al deterioro de su estado de salud.

57. Aunado a ello, la especialista de esta CNDH refirió que durante la valoración efectuada a V por AR1 el 2 de agosto de 2019, se solicitaron estudios complementarios (radiografía de tórax, estudios de laboratorio, tomografía de abdomen y electrocardiograma), enfocados tanto en la patología respiratoria que presentaba como en el seguimiento a la cirugía abdominal a la que había sido sometida; sin embargo, durante el tiempo que permaneció V a cargo del servicio de Cirugía General, no se llevó a cabo un seguimiento por parte de AR1 y AR2 en relación a que dichos estudios fueran efectuados y recabados; lo que condujo a que al momento de la interconsulta por parte de Medicina Interna, no se contara con reporte de estudios de laboratorio en sangre, ni de imagen recientes, mismos que eran necesarios para un diagnóstico adecuado de la enfermedad pulmonar que cursaba V.

58. El 4 de agosto de 2019, SP9 valoró a V sin cambiar su tratamiento, asimismo señaló en su nota que continuaba pendiente de llevarse a cabo los estudios de V, como la tomografía de abdomen y la radiografía de tórax; el 5 de agosto de 2019 a las 12:30 horas AR2 revisó a V refiriendo que no había datos de dificultad respiratoria y que se había aceptado el cambio de servicio a Medicina Interna.

59. El 5 de agosto de 2019, a las 13:00 horas SP10 revisó a V encontrándola sin signos vitales por lo que ejecutó maniobras de reanimación cardiopulmonar sin obtener respuesta; posteriormente AR2 acudió y, a las 13:20 horas declaró el fallecimiento de V, por tromboembolia pulmonar, neumonía asociada a la ventilación mecánica e insuficiencia renal aguda.

60. En relación con lo expuesto, la especialista de este Organismo Nacional expuso que, si bien V contaba con múltiples factores de riesgo para presentar una enfermedad tromboembólica venosa, la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Tromboembólica Venosa GPC-IMSS-425-18 recomienda el uso de diversas escalas de valoración de riesgo en pacientes que pueden presentar dicha enfermedad, a fin de establecer medidas profilácticas preventivas, como el uso de medias de compresión o vendaje en los miembros inferiores, así como indicar la anticoagulación por medio de medicamentos (heparinas de bajo peso molecular, entre otros), no obstante lo anterior, AR1 y AR2 no prescribieron medidas profilácticas para prevenir la aparición de enfermedad tromboembólica venosa, la cual en conjunto con la neumonía asociada a la ventilación mecánica que cursaba, contribuyó al deterioro del estado de salud de V y fueron las causas de su posterior fallecimiento.

61. De igual manera, la citada especialista precisó en su dictamen médico que si bien V ya no se encontraba cursando una patología quirúrgica, sí estaba a cargo del servicio de Cirugía General, ya que no existen documentales que comprueben que se hubiese realizado un cambio al servicio de Medicina Interna y/o Nefrología, tan es así que el “formato de volante de movimiento hospitalario” del 2 de agosto de 2019 se encontraba en blanco, por lo que no se completó el proceso de cambio de servicio; por tanto, AR1 y AR2 se encontraban obligados a realizar los procedimientos técnico-médicos necesarios, para la integración diagnóstica y terapéutica, como lo es solicitud y realización de estudios de diagnóstico complementarios, que como ya quedó establecido no se llevaron a cabo.

62. Por tanto, con su actuar, AR1 y AR2, vulneraron en perjuicio de V, su derecho humano a la protección de la salud por inadecuada atención médica, transgrediendo

lo previsto en los artículos 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”); así como lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, lo cual a su vez contribuyó a su fallecimiento, como a continuación se describirá.

C. Derecho a la Vida.

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

64. 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.³⁵

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

³⁵ CNDH. Recomendaciones 6/2021, párr. 60; 35/2020, párr. 90; 73/2018, párr. 69; 1/2018 párr. 59; 66/2016, párr. 34; 47/2016, párr. 61y 35/2016. párr. 180.

protección del ser humano, requiere que el derecho a la vida sea interpretado y aplicado de manera que sus salvaguardas sean prácticas y efectivas (effet utile).³⁶

66. 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.³⁷

67. La SCJN ha determinado que: “*El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no solo 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 (...)*”.³⁸

68. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por el personal médico del Hospital General 6, deben ser reproducidas como soporte que permite acreditar la violación al derecho a su vida.

69. Esta Comisión Nacional observó una inadecuada atención médica por parte de AR1 y AR2, toda vez que el 11 de julio de 2019 V fue diagnosticada de seroma y dada de alta por AR1, a pesar de que tenía datos relevantes para sospechar que la

³⁶ “Caso Zambrano Vélez y otros vs Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 4 de julio de 2017, párr. 78 y 79.

³⁷ CNDH. Recomendaciones 6/2021, párr. 62; 35/2020 párr. 92; 73/2018, párr. 71; 1/2018, párr. 61; 56/2017, párr.76; 50/2017, párr. 66; 66/2016, párr. 36; y 47/2016, párr.63.

³⁸ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, Pág. 24

sintomatología que presentaba eran indicativas de complicaciones posteriores a la colecistectomía que previamente se le había practicado, lo que ocasionó un retraso en el diagnóstico y tratamiento del cuadro de infección de foco abdominal que padecía desde el 10 de julio de 2019, el cual en adición a su edad avanzada y sus comorbilidades (diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial sistémica) favorecieron el desarrollo del choque séptico que sufrió el 17 de ese mes y año, provocando un deterioro de su estado de salud, que la conllevó a permanecer con ventilación mecánica.

70. El 1 de agosto de 2019 V egresó de la Unidad de Cuidados Intensivos y quedó a cargo del Servicio de Cirugía General, posteriormente presentó patología respiratoria y finalmente el 5 de agosto de 2019, falleció por tromboembolia pulmonar, neumonía asociada a la ventilación mecánica e insuficiencia renal aguda.

71. Por ello, AR1 y AR2, incurrieron en violación al derecho a la vida de V, toda vez que del 1 al 5 de agosto de 2019 no prescribieron a V las medidas profilácticas necesarias para prevenir la aparición de enfermedad tromboembólica venosa, la cual en conjunto con la neumonía asociada a la ventilación mecánica que cursaba, contribuyeron al deterioro de su estado de salud y fueron las causas de su fallecimiento, con lo que se transgredió lo señalado en los artículos 1º, párrafo primero y 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que establecen el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.

D. Derecho de acceso a la información en materia de salud.

72. El artículo 6º, párrafo dos, de la Constitución Política, establece que, *“Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información”* y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

73. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.³⁹

74. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*⁴⁰

75. Por otra parte, se debe considerar que la NOM-Del Expediente Clínico advierte *“(...)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, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”*

76. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*⁴¹

77. También se ha establecido en diversas recomendaciones que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos

³⁹ CNDH. Recomendaciones: 28/2021, párr. 102; 6/2021, párr. 78; 5/2021, párr. 64, entre otras.

⁴⁰ Observación General 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

⁴¹ CNDH. Del 31 de enero de 2017, parr. 35.

personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.⁴²

78. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente Clínico, en la que se describe la obligación de las y los 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 se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 51/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 43/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, 26/2019 y 33/2019.

79. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que en el expediente clínico de V algunas notas médicas no contenían fecha, hora y nombre completo de quien elaboró y contenían abreviaturas y letra ilegible, vulnerando los numerales 5.10 y 5.11, de la NOM-Del Expediente Clínico, que establecen los requisitos que deben tener las notas que integran el expediente clínico de las y los pacientes, entre otros, fecha, hora, nombre completo de quien la elabora, firma, sin abreviaturas, ser legibles.

80. Además, el 10 y 11 de julio de 2019 V fue atendida en el Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General 6, pero no obra nota de egreso de dicho servicio; tampoco se encontró la nota de ingreso al servicio de Cirugía General del 1 de agosto de 2019, transgrediéndose lo establecido en los numerales 8.1 y 8.9 de la NOM-Del

⁴² CNDH, Recomendación, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.

Expediente Clínico, que señalan que la nota de ingreso y egreso deberá elaborarla el médico que ingresa o egresa al paciente.

81. De igual forma se observó que la nota de defunción no contiene las causas de la muerte acorde a la información del certificado de defunción, transgrediendo lo señalado en el numeral 8.9.11 de la NOM-Del Expediente Clínico que indica que en caso de defunción se debe señalar las causas de la muerte acorde a la información contenida en el certificado de defunción y en su caso, si se solicitó y se llevó a cabo estudio de necropsia hospitalaria.

82. Por último, se evidenció que la nota del 4 de agosto de 2019 no contiene el nombre y firma del personal adscrito al servicio de Cirugía General, siendo que dicho documento únicamente está firmado por el médico residente, transgrediéndose con ello lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012 Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas que en numeral 10.5 señala que los médicos residentes deben contar con la asesoría de los médicos adscritos al servicio.

83. La idónea integración del expediente clínico de V es un deber a cargo de las y los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de la paciente, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.

E. Responsabilidad.

E.1. Responsabilidad de Personas Servidoras Públicas.

84. Tal como ha quedado acreditado en la presente Recomendación la responsabilidad de AR1 se debió a que el 11 de julio de 2019 diagnóstico a V de seroma y la dio de alta, a pesar de que tenía datos relevantes para sospechar que la sintomatología que presentaba, eran indicativas de complicaciones posteriores a la

colecistectomía, lo que ocasionó un retraso en el diagnóstico y tratamiento del cuadro de infección de foco abdominal.

85. Además, AR1 y AR2 no indicaron a V las medidas profilácticas para prevenir la aparición de enfermedad tromboembólica venosa, la cual en conjunto con la neumonía asociada a la ventilación mecánica que cursaba, contribuyó al deterioro de su estado de salud y a su posterior fallecimiento.

86. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1 y AR2, evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable, dado que todas las personas servidoras públicas deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, y para la efectiva aplicación de dichos principios, también deben de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que como quedó evidenciado en el apartado de observaciones del presente documento en el caso de V no aconteció.

87. Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, en el Hospital General 6 que repercute en la integración apropiada del expediente clínico, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-DeI Expediente Clínico, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

88. 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 y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos

Humanos, se tienen evidencias suficientes para que la Comisión Nacional de los derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, promueva queja administrativa disciplinaria ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, en contra de AR1 y AR2, en cuya investigación se tomen en cuenta las evidencias y argumentación referidas en la presente Recomendación.

E.2. Responsabilidad institucional.

89. Conforme al párrafo tercero del artículo 1º Constitucional, *“todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”*

90. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también consideran en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado Mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman del sistema universal de las Naciones Unidas.

91. Cuando las autoridades incumplen con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponda de manera específica a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

92. En la presente Recomendación ha quedado expuesta la responsabilidad de las personas servidoras públicas del Hospital General 6, por violación al derecho a la protección de la salud por inadecuada atención médica, a la vida y acceso a la información en materia de salud en agravio de V.

93. Este Organismo Nacional advierte con preocupación que el IMSS, independientemente de las responsabilidades particulares de personas servidoras públicas determinadas y que fueron señaladas en la presente determinación, también se incurrió en responsabilidad institucional, ello toda vez que el 2 de agosto a las 09:15 y 18:30 horas, así como por la mañana del 3 de mes y año, el personal médico del servicio de Cirugía General solicitó interconsulta al servicio de Medicina Interna, a efecto de que valoraran a V para seguimiento de patología residual y vías respiratorias, sin embargo fue hasta las 18:05 horas del 3 de agosto de 2019 cuando acudió un médico no identificado (nombre ilegible) del servicio de Medicina Interna, a revisar a V y asentó que padecía probable neumonía, desnutrición y anemia.

94. Por lo anterior, la atención médica que recibió V en el Hospital General 6, no cumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba, toda vez que el servicio de Medicina Interna de ese nosocomio tardó dos días en atender la solicitud de interconsulta, que hasta en 3 ocasiones fue requerida por parte de personal adscrito a la especialidad de Cirugía General, por lo que se incurrió en la inobservancia del Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización de las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel 2660-003-056 del IMSS, que en su numeral 141 establece que el médico no familiar debe acudir y localizar al paciente en el servicio que solicita la interconsulta, el mismo día, durante su jornada; la situación anterior, contribuyó al retraso en el protocolo de estudio de la neumonía asociada a la ventilación mecánica que presentaba V y al deterioro de su estado de salud, configurándose de tal manera una responsabilidad institucional de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7, párrafo primero y tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

F. Reparación Integral del Daño.

95. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 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 personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas 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.

96. 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 demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y, en consecuencia a la vida de V, se deberá inscribir a QV, a fin de que tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

97. Siendo aplicable al caso, lo previsto 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, así como diversos criterios de la CrIDH, ya

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

98. Asimismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social, deberá solicitar a la CEAV la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV, para que dicho Instituto realice el pago por concepto de las violaciones a derechos humanos que fue objeto por parte del personal del IMSS, de conformidad con los artículos 81 y 89 de la Ley General de Víctimas.

a) Medidas de Rehabilitación.

99. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y a sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas, así como del artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

100. En el presente caso, de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar a QV, la atención psicológica y tanatológica que requiera, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas.

101. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para QV, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión

de medicamentos, en caso de ser requeridos, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación.

102. Las medidas de compensación dispuestas por los artículos 27, fracción III y 64, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material e 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”.*⁴³

103. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como el daño moral, lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

104. Para tal efecto, el IMSS en coordinación con la CEAV una vez que está última emita el dictamen respectivo, deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a QV, por la mala práctica médica que derivo en el fallecimiento de V, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, hecho lo cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

⁴³ Caso Bulacio Vs. Argentina, *Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Párrafo 90.

c) Medidas de Satisfacción.

105. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

106. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la queja y denuncia que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, y en la Fiscalía General de la República, respectivamente, en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación.

107. Por lo anterior, se deberá dar cumplimiento a los puntos recomendatorios tercero y cuarto, informando las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

d) Medidas de no repetición

108. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de derechos humanos no vuelvan a ocurrir.

109. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el plazo de tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral 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, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y

administrativo del Hospital General 6 del IMSS, en particular a AR1 y AR2, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto quinto recomendatorio.

110. Asimismo, en el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS en Tamaulipas, particularmente al Hospital General 6, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; así como para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-Del Expediente Clínico; hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con el objeto de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del punto sexto recomendatorio.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral del daño causado a QV, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el deceso de V, en términos de la Ley General de Víctimas, se le inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.



SEGUNDA. Se otorgue atención psicológica y tanatológica que requiera QV por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas, así como proveerle de los medicamentos convenientes a su situación. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1 y AR2, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación y, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Se colabore en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presente ante la Fiscalía 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 y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

QUINTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la Norma Oficial Mexicana y las Guías de Práctica Clínica citadas en esta Recomendación, a todo el personal médico del Hospital General 6 del IMSS, en particular a AR1 y AR2 el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades

médicas del IMSS en Tamaulipas, particularmente del Hospital General 6 del IMSS, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-Del Expediente Clínico; hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con objeto de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.

SÉPTIMA. Se 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.

112. 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 hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

113. 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.

114. 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 quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

115. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, 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, ante ello este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA