



RECOMENDACIÓN No. 121/2021

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 EN CONTEXTO DE MIGRACIÓN, EN EL HOSPITAL GENERAL “B” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA.

Ciudad de México, a 15 de diciembre de 2021.

**DR. PEDRO MARIO ZENTENO SANTAELLA.
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

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/5/2021/11338/Q**, sobre el caso de V, persona en contexto de migración, de nacionalidad cubana, que se encontraba alojada en Centro Integrador para el Migrante “Leona Vicario” de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

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 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 la autoridad recomendada, 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
Q	Quejosa
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública

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 de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	ISSSTE.
Hospital General "B" del ISSSTE en Ciudad Juárez, Chihuahua.	Hospital General

NOMBRE	CLAVE
Secretaría del Trabajo y Previsión Social	STyPS
Centro Integrador para el Migrante “Leona Vicario” de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en Ciudad Juárez, Chihuahua.	Centro Integrador
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/ Comisión Nacional/ Organismo Nacional
Comisión Interamericana de Derechos Humanos	CIDH

NORMATIVIDAD

NOMBRE	CLAVE
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 “Del Expediente Clínico”	NOM-Del Expediente Clínico
Guía de Práctica Clínica de Vigilancia Prevención Secundaria de la Enfermedad Vascul ar Cerebral en el Primer Nivel de Atención.	GPC-EVC
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento Temprano de la Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquemica en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.	GPC-EVCI

I. HECHOS.

5. El 26 de agosto de 2020, en la visita de supervisión realizada por visitantes adjuntos de esta Comisión Nacional en el Centro Integrador, se entrevistó a Q, la cual, además de exponer diversas circunstancias relacionadas con los alimentos que les proporcionan a las personas en contexto de migración, que se alojan en ese Centro, señaló que en el mes de noviembre de 2019 conoció a V, quien padecía de diversas enfermedades, y a pesar de ello, no le otorgaban una alimentación correcta.

Q también agregó que, en su consideración, “*una agravante*” del fallecimiento de V pudo haber sido la falta de una dieta adecuada.

6. Con motivo de la recepción de diversas quejas relacionadas con el funcionamiento y atención médica que se brindaba en ese Centro a las personas en contexto de migración, se radicarón varios expedientes los cuales se acumularon al expediente CNDH/5/2020/4758/Q; sin embargo, en aras de una mejor claridad, transparencia y comprensión en la determinación de los hechos referidos, el 13 de diciembre de 2021, este Organismo Nacional, acordó certificar copias de las constancias relacionadas con el deceso de V, y radicar el expediente de queja CNDH/5/2021/11338/Q motivo de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

7. Escrito de queja de Q, a través del que comunicó a la CNDH el fallecimiento de V.

8. Oficio STPS/117/DGAJ/DERCRP/2710/2020 recibido en este Organismo Nacional el 10 de septiembre de 2020, mediante el cual la STyPS precisó que, entre otras instituciones, el ISSSTE, brinda los servicios de salud a las personas en contexto de migración que están alojadas en el Centro Integrador.

9. Acta circunstanciada de 8 de noviembre de 2020, en la que personal de este Organismo Nacional certificó la integración de una copia certificada del oficio STPS/117/DGAJ/DERCRP/1444/2020, del 20 de mayo de 2020, que obra en el diverso expediente de queja CNDH/5/2020/294/Q, relativo a hechos relacionados con V, a través del cual la STyPS informó la atención médica que se le otorgó en el Centro Integrador y remitió copia de diversa documentación de la que destaca la siguiente:

9.1. Certificado Médico del 11 de noviembre de 2019, expedido por P1, en el que se registró que en esa fecha V ingresó al Centro Integrador y el rubro de

padecimiento actual *“ATAQUE AL ESTADO GENERAL, ASTENIA, ADINAMIA, CEFALEA MODERADA, DISNEA Y MAREO”*.

9.2. Nota Médica del 15 de noviembre de 2019, signada por P2, en la que se asentó como motivo de consulta de V *“ALTERACIONES ESTADO DE CONSCIENCIA”* y como plan *“ENVIO A HOSPITAL”*.

9.3. Nota Médica del 21 de noviembre de 2019, elaborada por P2, en la que señaló que V requería valoración por la especialidad de Medicina Interna.

9.4. Nota Médica del 29 de noviembre de 2019, suscrita por P2, en la que refirió como motivo de consulta *“MALESTAR GENERAL”*, y como plan *“ENVIO A HOSPITAL”*.

10. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/941-6/21, recibido en la CNDH el 29 de marzo de 2021, a través del cual el ISSSTE remitió copia del diverso ADH/008/2021, suscrito por la Directora Médica del Hospital General, quien indicó que no existe ningún documento que avale la atención de migrantes, sin embargo, se atendió a V, asimismo remitió copia del expediente clínico de la agraviada, del que destacan las siguientes documentales:

10.1. Hoja de Urgencias, de 15 de noviembre de 2019, elaborada por AR1, en la que asentó que V ese día, presentó desorientación, temblor en los dedos de las manos, poliuria y cefalea.

10.2. Hoja de Urgencias, de 29 de noviembre de 2019, AR2, del Servicio de Medicina Interna, en la que registró que V requería estancia hospitalaria a cargo de ese servicio.

10.3. Hoja de Urgencias, de 29 de noviembre de 2019, suscrita por AR1, en la que registró que V, fue referida por el Centro Integrador, con diagnóstico de

diabetes mellitus 2, descompensada, con cefalea de 7 días de evolución y 2 días con vómito, presentando mal estado general.

10.4. Nota médica de 29 de noviembre de 2019, de las 20:00 horas, del Servicio de Medicina Interna, elaborada por AR2, quien señaló que se valorara el egreso de V, en las “...*próximas 24*” horas.

10.5. Formato Complementario de Egreso Hospitalario de 29 de noviembre de 2019, con nombre ilegible del médico, en el que se anotó como diagnóstico de egreso deshidratación remitida.

10.6. Hoja de Urgencias de 5 de diciembre de 2019, de las 10:46, elaborada por AR3, del Área de Choque, en la que asentó que V estaba inconsciente desde su traslado en ambulancia para su atención.

10.7. Nota Médica de Evolución, de 5 de diciembre de 2019, de las 13:25 horas, en la que AR4, señaló que V ameritaba hospitalización y estudios para valorar causas de la crisis epiléptica.

10.8. Nota Médica de Evolución de 5 de diciembre de 2017, de las 16:00 horas, en la que AR1 anotó que V sufrió un deterioro neurológico por lo cual requirió manejo invasivo de la vía aérea mediante intubación orotraqueal y requería valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

10.9. Nota Médica de Evolución de 5 de diciembre de 2019, de las 19:40 horas, en la cual AR5 indicó que V ingresó a la UCI, en estado de choque y sin respuesta neurológica.

10.10. Nota de Evolución Médica de 5 de diciembre de 2019, sin hora, elaborada por AR4, en la que registró que V, después de dos horas de estadía en Urgencias presentó crisis convulsivas con manejo médico, evolucionado

hacia depresión respiratoria y dilatación pupilar con necesidad de intubación endotraqueal asistencia ventilatoria con apoyo de aminas en la UCI sin una respuesta, declarando el fallecimiento a las 04:47 de ese día, con los probables diagnósticos de: edema cerebral secundario a hemorragia cerebral, diabética hipertensa, cáncer renal y pulmonar, desconociendo estirpe y actividad tumoral.

11. Acta circunstanciada del 2 de julio de 2021, elaborada por personal de este Organismo Nacional en la que hizo constar la comunicación electrónica con una persona servidora pública adscrita a la Oficina del entonces Gobernador Constitucional del Estado de Chihuahua, por medio de la cual se remitió copia digitalizada de la constancia relativa al Registro del acta de defunción número 4060, a nombre de V, en la que se asentó como causa de su fallecimiento *“EDEMA CEREBRAL AGUDO.”*

12. Dictamen médico de 5 de julio de 2021, emitido por una especialista de esta Comisión Nacional respecto de la atención brindada a V en el Hospital General en el cual concluyó que la atención que le brindaron AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, fue inadecuada.

13. Acuerdo de desglose del expediente CNDH/5/2020/4748/Q, de 13 de diciembre de 2021, suscrito por la Presidenta de este Organismo Nacional, en el que se determinó iniciar el expediente de queja CNDH/5/2021/11338/Q.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

14. El 26 de agosto de 2020 esta Comisión Nacional recibió la queja de Q en la que hizo referencia al fallecimiento de V.

15. A la fecha de la emisión de esta Recomendación no se cuenta con evidencia que acredite la existencia de alguna carpeta de investigación ante la autoridad

ministerial, ni de un procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

16. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/5/2020/4758/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 al derecho humano 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, atribuibles a personal médico del Hospital General, como se desarrolla a continuación.

A. Situación de personas que padecen enfermedades crónicas, como diabetes.

17. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ha destacado 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, ya que 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.¹

¹ CNDH. Recomendaciones 46/2021, párr. 19, 52/2020, párr. 36; 35/2020, párr. 29; 82/2019, párr. 51 y 23/2020, párr. 28, entre otras.

18. La diabetes es definida como aquella *“enfermedad sistémica, crónicodegenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.”*²

19. 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. Algunas de [ellas] son (...), la amputación de miembros inferiores, la pérdida de agudeza visual y la neuropatía. (...).”*³

20. En el presente caso V, persona de 57 años de edad al momento de los hechos, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de cuatro y siete años de evolución, con aumento en los niveles de ácido úrico (hiperuricemia) desde hacía cinco años, de acuerdo con lo evidenciado por la especialista de este Organismo Nacional, a pesar de que V refirió que presentaba datos de daño neurológico como son desorientación, temblor de manos, cefalea persistente y vómito, las personas servidoras públicas del Hospital General no le brindaron la atención médica adecuada que requería, atendiendo a su situación de vulnerabilidad, al ser una persona con un padecimiento crónico, por lo que la dilación en su tratamiento médico contribuyó el deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento, incurriendo en negligencia por omisión, como se analizara en el apartado siguiente.

² Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”, numeral 3.20

³ Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la diabetes”, Suiza, OMS, 2016, p. 6.

B. Derecho a la protección de la salud.

21. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁴

22. 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”*.⁵

23. 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.”*⁶

24. 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...”*.

⁴ CNDH, Recomendaciones 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, entre otras.

⁵ “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.

⁶ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14.

25. 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 garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad*”.⁷

26. La SCJN en la tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección,⁸ expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “*el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles*”, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo esta como “*la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente*.”

27. Ahora bien, de las constancias médicas elaboradas por P1 y P2 del Centro Integrador, así como de las notas médicas relativas a la atención que se le otorgó a V, en el Hospital General del ISSSTE, en Ciudad Juárez, Chihuahua, se desprende que el 11 de noviembre de 2019, V fue valorada por P1 en el Centro Integrador, quien asentó que presentaba astenia⁹, adinamia¹⁰, cefalea moderada, dificultad respiratoria y mareo, encontrándola a la exploración física consiente, orientada, neurológicamente integra, sin algún otro dato patológico agregado, integrando los diagnósticos de crisis de ansiedad y obesidad, e ingresó, ese día, a dicho Centro. Cabe señalar que, SP1 indicó que V, negó padecer enfermedades crónico-degenerativas y uso de medicamentos.

⁷ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 24.

⁸ *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.

⁹ La astenia es una sensación de falta de fuerzas, cansancio, debilidad, agotamiento, físico y psíquico; falta de energía y motivación.

¹⁰ La adinamia es la disminución de la iniciativa física (movimiento) por extrema debilidad muscular.

28. Desde la fecha en que llegó V al Centro Integrador se mantuvo estable y asintomática, siendo hasta el 15 de noviembre de 2019 que mostró malestar general, manifestado por cefalea, mareo, desorientación y temblor en extremidades, por lo que fue llevada al servicio médico, donde fue atendida por P2, a quien le indicó que padecía diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de cuatro y siete años de evolución, con aumento en los niveles de ácido úrico (hiperuricemia) desde hacía cinco años en tratamiento con metformina, enalapril y alopurinol¹¹, respectivamente, y de recién inicio, trastorno en el metabolismo de las grasas (dislipidemia) en tratamiento con bezafibrato¹².

29. V, también le refirió a P2 el antecedente de carcinoma pulmonar y renal derechos de tiempo no especificado, el cual fue tratado quirúrgicamente extirpándole una parte de ese pulmón, así como la extracción completa del riñón derecho y quimioterapia sin señalar tiempo de tratamiento.

30. P2 en la exploración física encontró a V, con tensión arterial ligeramente disminuida de 100/80 mmHg (120/80 mmHg), taquicardia de 96 latidos por minuto (60-80 por minuto) y resto de los signos vitales dentro de los parámetros normales, y considerando que se trataba de una paciente diabética con alteración en el estado de conciencia (desorientación), mareo, temblor en extremidades y cefalea sospecho una descompensación metabólica por aumento de la glucosa, motivo por el cual solicitó que fuese enviada en forma prioritaria a una Unidad Médica de Segundo Nivel.

31. Por tal motivo, V fue llevada el mismo 15 de noviembre de 2019 al Servicio de Urgencias del Hospital General, donde fue valorada por AR1, a quien le refirió haber

¹¹ El alopurinol es usado en el tratamiento de la gota y los altos niveles de ácido úrico en el cuerpo causado por ciertos medicamentos para tratar el cáncer y los cálculos renales. Funciona al reducir la producción de ácido úrico en el cuerpo, ya que un nivel alto de éste puede causar ataques de gota o cálculos renales. El alopurinol se usa para prevenir los ataques de gota y no para tratarlos cuando ocurren.

¹² Es utilizado en los trastornos del metabolismo lipídico (triglicéridos, colesterol o ambos) cuando no son suficientes las medidas dietéticas; dislipidemias tipo IIa, IIb, III, IV y V de Fedrick.

iniciado ese mismo día con desorientación, temblor de manos, aumento en el número de las micciones (poliuria) y cefalea. Al revisarla clínicamente la encontró con taquicardia de 118 latidos por minuto (60-80 por minuto), despierta, con mucosas orales parcialmente hidratadas, área cardiopulmonar sin compromiso, abdomen normal sin datos patológicos y temblor fino en extremidades, integrando en diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 descontrolada e indicando ingresarla para observación con dieta para diabético, cuidados generales de enfermería, toma de glucosa por dextrostix en cada turno, soluciones parenterales intravenosas con Hartman para ocho horas, administración de analgésico (ketorolaco) intravenoso cada ocho horas, toma de laboratorios consistentes en biometría hemática completa, química sanguínea, electrolitos séricos, examen general de orina y electrocardiograma.

32. Al respecto, en el dictamen médico emitido por una especialista de esta Comisión Nacional se destacó que AR1 estableció el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 descontrolada sin demostrar si tal descontrol correspondía a un aumento o disminución de las cifras de glucosa, ya que de acuerdo a la bibliografía médica, al tratarse de ese diagnóstico, los valores de glucosa en la sangre pueden encontrarse por encima o por debajo de los parámetros normales para la edad y la condición de salud del paciente, esto debido a un mal control del medicamento u otros factores relacionados como el tiempo de ser diabético, la edad, la alimentación, la falta de ejercicio, inadecuado apego al tratamiento u otras enfermedades crónicas asociadas, siendo el manejo y tratamiento médico diferente para cada una de éstas complicaciones.

33. La especialista también indicó que la bibliografía médica especializada¹³ y la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención, establecen que en todo paciente

¹³ American Diabetes Association. Hospital Admission Guidelines for Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2000; Suppl 1.

“descontrolado” bajo tratamiento médico con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA¹⁴) como el enalapril, es importante realizar una anamnesis completa, una valoración clínica adecuada, así como pruebas de laboratorio que incluyan examen general de orina para evaluar el estado renal del paciente y realizar las medidas de nefro protección para que no progrese a una falla renal, criterios no realizados por AR1 a sabiendas de que se trataba de una paciente portadora de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril.

34. Cabe destacar que de la información enviada por el Hospital General no obra nota de evolución en la que se establezca si posterior a la primera revisión médica, existió una revaloración en donde se hubiere comentado el progreso del estado de salud de V durante su estancia en dicho nosocomio, así como el resultado de los estudios de laboratorio solicitados a su ingreso, ni la nota de egreso hospitalario, todas ellas relacionadas con la primera atención médica brindada día 15 de noviembre de 2019.

35. Seis días después, es decir, el 21 de noviembre de 2019, V fue revisada por P2, quien la encontró consciente y orientada, con área cardíaca, pulmonar y abdominal sin agregados patológicos, observando persistencia de temblor fino en reposo en ambas manos pensando en una probable enfermedad de “parkinson”, sugiriendo que era necesaria una valoración por un especialista en Medicina Interna, así como la realización de estudios como son biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina y electrocardiograma.

36. El 29 de noviembre de 2019, P2 valoró nuevamente a V, quien le refirió que presentaba cefalea y mareo, encontrándola con disminución de la presión arterial de 100/80 mmH, resto de los signos vitales dentro de los parámetros normales. A la

¹⁴ Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) ayudan a relajar las venas y las arterias para reducir la presión arterial. Los inhibidores de la ECA evitan que una enzima del cuerpo humano produzca angiotensina II, una sustancia que estrecha tus vasos sanguíneos. Este estrechamiento puede causar presión arterial alta y forzar al corazón a trabajar más. La angiotensina II también libera hormonas que elevan la presión arterial.

exploración física, no encontró algún dato clínico patológico, sin embargo, por los antecedentes de la agraviada, la refirió al Hospital General.

37. Ese mismo día, V fue llevada al Servicio de Urgencias del Hospital General donde fue atendida por segunda ocasión por AR1, a quien le refirió que tenía cefalea y vómito; ordenando su ingreso para observación con los diagnósticos de cefalea en estudio, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, indicando toma de exámenes de laboratorio consistentes en biometría hemática completa, química sanguínea, electrolitos séricos, examen general de orina y valoración por el Servicio de Medicina Interna.

38. El 29 de noviembre de 2019, V fue valorada a las 15:00 horas por AR2, quien refirió que mediante interrogatorio indirecto realizado a la acompañante de la paciente, obtuvo información sobre los antecedentes patológicos de esta como son: ser portadora de diabetes mellitus tipo dos, hipertensión arterial sistémica, cáncer renal con nefrectomía derecha y lobectomía pulmonar derecha, encontrándola clínicamente desorientada, hipotensa y con alteración del estado de alerta de dos días de evolución, refiriendo que aún no contaba con resultado de estudios de laboratorio solicitados a su ingreso e indicando que por tiempo de estancia y diagnósticos previos requería estancia hospitalaria en el servicio de Medicina Interna.

39. A las 20:00 horas de ese día, V fue revalorada por AR2, el cual señaló que todavía no se tenían los resultados de laboratorios, por lo que se debía evaluar una corta estancia hospitalaria y su posterior egreso en las próximas veinticuatro horas, manifestando además que no pudo realizarse el panel viral solicitado.

40. Por ello, V egresó el mismo 29 de noviembre de 2019, sin existir nota médica de egreso hospitalario, obrando únicamente un "*Formato complementario de egreso hospitalario*" sin hora y sin nombre de quien lo elaboró, en el cual solo se anotó

deshidratación remitida como diagnóstico de egreso, prescribiendo el medicamento omeprazol como parte de su tratamiento.

41. En torno a lo anterior, en el dictamen emitido por la especialista de la CNDH se explicó que el cuadro clínico que refirió V a su ingreso en el Servicio de Urgencias como fue cefalea y vómito, así como los datos clínicos que se encontraron en la exploración física como hipotensión, desorientación y alteraciones en el estado de alerta, no son propios de una deshidratación, lo cual se corroboró con el resultado de estudios de laboratorio tomados a su ingreso en el Hospital General, que revelaron cifras de glucosa, urea, BUN, creatinina y electrolitos séricos (sodio, potasio y cloro) dentro de los parámetros normales, sin embargo, ese fue el diagnóstico referido en el *“Formato complementario de egreso hospitalario”*.

42. El 5 de diciembre de 2019, seis días después del segundo egreso hospitalario, V fue trasladada, por tercera ocasión, en ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital General, al haber presentado un episodio de crisis convulsivas con posterior pérdida del estado de consciencia, y a su llegada a dicho servicio, tuvo otro evento convulsivo por lo que fue llevada de inmediato al Área de Choque donde es atendida por AR3, quien al recibirla señaló el antecedente de cefalea de aproximadamente un mes de aparición sin remisión al tratamiento analgésico, y que además, por ese síntoma la paciente había acudido en los días 15 y 29 de noviembre de 2019.

43. A la exploración física, AR3 encontró a V inconsciente, con apraxia¹⁵, afasia¹⁶, agnosia¹⁷, escala de coma de Glasgow¹⁸ de siete puntos bajo efectos

¹⁵ Es un trastorno del cerebro y del sistema nervioso en el cual una persona es incapaz de llevar a cabo tareas o movimientos cuando se les solicita.

¹⁶ La afasia es un trastorno causado por lesiones en las partes del cerebro que controlan el lenguaje, dificultando actividades como leer, escribir o expresarse, y suele presentarse de forma repentina después de un accidente cerebrovascular o una lesión en la cabeza.

¹⁷ La agnosia es la pérdida de la capacidad de identificar objetos usando uno o más de los sentidos.

¹⁸ La escala de coma de Glasgow (en inglés Glasgow Coma Scale), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de consciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

medicamentosos por diazepam¹⁹, con ausencia de tono y fuerza muscular, movilizándolo únicamente con estímulo al dolor, datos clínicos sugestivos con los cuales integró los diagnósticos iniciales de un evento vascular cerebral hemorrágico y crisis convulsivas versus tumor cerebral, diabetes mellitus tipo dos e hipertensión arterial sistémica, e indicando como parte de su tratamiento ayuno, posición semifowler²⁰, solución salina intravenosa, un protector de la mucosa gástrica (omeprazol), un anti náuseoso (metoclopramida), dos anticonvulsivantes (difenilhidantoína y diazepam), control de glucosa por dextrostix cada cuatro horas, un antihipertensivo (enalapril), un antiinflamatorio (dexametasona) y un inhibidor de la presión intracraneal (manitol), así como toma de placa radiográfica de tórax y laboratorios completos, gasometría arterial y colocación de sonda Foley, sin solicitar estudio radiológico de cráneo (Tomografía o Resonancia Magnética).

44. La especialista de este Organismo Nacional explicó que la enfermedad vascular cerebral es todo trastorno en el cual un área del encéfalo se afecta de forma transitoria o permanente por una isquemia o hemorragia, estando uno o más vasos sanguíneos cerebrales afectados por un proceso patológico. Existen varios factores de riesgo para su aparición, entre ellos la hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad, entre otros, los cuales representan más del 80% del riesgo global de todos los tipos de eventos, ya sea isquémicos o hemorrágicos, y entre los otros factores de riesgo se incluyen la dislipidemia, factores con los cuales cursaba V.

45. Asimismo, indicó respecto a la valoración inicial del paciente con evento vascular cerebral agudo, que la GPC-EVC, sugiere que la decisión del tratamiento debe completarse en los primeros 60 minutos desde la llegada del paciente a un Servicio de Urgencias o Admisión Médica Continua, mediante un protocolo organizado y con un equipo multidisciplinario que incluya médico, enfermera, radiólogo y personal de

¹⁹ Es un medicamento psicotrópico que actúa como relajante muscular y anticonvulsivo, y suele causar depresión del sistema nervioso central por sus propiedades de sedantes.

²⁰ Estando el enfermo en decúbito supino se levanta la cabecera de la cama unos 50 centímetros y así la espalda apoyada sobre la cama formará un ángulo de 45 grados con la horizontal. Las extremidades inferiores estarán flexionadas por la rodilla y, se puede colocar una almohada bajo ellas.

laboratorio, sin dejar a un lado que todo paciente con sospecha de evento vascular cerebral debe de ser sometido a una cuidadosa exploración neurológica.

46. También expuso que esa enfermedad es síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de signos neurológicos focales que persisten por más de 24 horas, por tanto, la GPC-EVCI establece que el de tipo isquémico se presenta en el 85% de los casos y es debido a la falta de aporte sanguíneo de una determinada zona del parénquima encefálico, y el hemorrágico se presenta en el 15% a causa de la ruptura de un vaso sanguíneo encefálico con extravasación de sangre fuera del flujo vascular, de aquí la importancia de identificar el tipo de evento del cual se trate ya que el tratamiento y manejo médico va encaminado a su origen.

47. En el dictamen médico referido se destacó que para establecer el diagnóstico de esta patología, la GPC-EVC establece que ante todo paciente con un déficit neurológico de nueva aparición o súbito, se debe de sospechar el diagnóstico de evento vascular cerebral agudo, debiendo determinar de forma inequívoca el tiempo de inicio de la sintomatología, realizar una exploración neurológica completa y exploración clínica integral, auxiliado de una tomografía simple de cráneo antes de iniciar cualquier terapia específica para tratar el evento vascular cerebral agudo, ya que en la mayor parte de las situaciones, la citada tomografía proveerá de la información necesaria para la toma de decisiones sobre el manejo urgente e incluso para la vigilancia de la evolución del hematoma.

48. En el citado dictamen se precisó que, en cuanto a las manifestaciones clínicas, la bibliografía médica señala que, al igual que otros subtipos de enfermedad vascular cerebral, se presenta de forma súbita o con síntomas rápidamente progresivos, siendo frecuente en algunos casos el déficit neurológico al inicio, así como síntomas acompañantes sugestivos de aumento de la presión intracraneal (PIC) tales como cefalea, náusea y vómito.

49. La especialista de la CNDH explicó que existieron tanto los antecedentes referidos por V, como manifestaciones clínicas registradas en las notas médicas, que eran característicos de un evento cerebral vascular, el cual evolucionó en un tiempo aproximado de tres semanas hasta causar crisis convulsivas y pérdida de la conciencia. Lo que se esquematiza en el siguiente cuadro:

Fecha Consulta	Antecedente clínico	Cuadro clínico	Diagnóstico
15/11/2019	Desorientación Temblor en manos Cefalea	Taquicardia (118) Temblor fino de extremidades	Diabetes mellitus tipo 2 descontrolada
29/11/2019	Cefalea Vómito	Hipotensión arterial (96/61 mmHg) Desorientada Alteración del estado de alerta	Cefalea en estudio Diabetes Mellitus tipo 2 Hipertensión arterial Egreso: Deshidratación remitida
05/12/2019	Crisis convulsivas Pérdida de la conciencia	Crisis convulsivas Apraxia Afasia Agnosia Glasgow 7 puntos Ausencia de tono muscular Respuesta motora solo al dolor	Evento vascular hemorrágico Crisis convulsivas Tumor cerebral Egreso: Evento vascular cerebral hemorrágico Cáncer pulmonar Diabetes Mellitus tipo 2 Hipertensión arterial Certificado defunción: Edema cerebral agudo

50. Asimismo, la referida especialista destacó que el periodo evolutivo del evento vascular cerebral hemorrágico que presentó V, tuvo un desarrollo de tres semanas desde su primera consulta donde refirió haber cursado con cefalea, desorientación y temblor de manos, persistiendo la cefalea y agregándose el vómito en la segunda atención médica, para finalmente presentar crisis convulsivas y pérdida de la conciencia en la tercera y última atención médica, y que en este tipo de pacientes, clínicamente la cefalea es el síntoma más usual que se presenta como al principio, teniendo un inicio brusco, intenso y persistente, que habitualmente se acompaña de náuseas y vómitos.

51. También, puede tener cualquier instalación, ya sea localizada o generalizada, leve o incluso resolverse espontáneamente con analgésicos no narcóticos y reaparecer o puede no mejorarse con analgésicos. Por lo tanto, ante un paciente con cefalea inusual o persistente, debe sospecharse hemorragia subaracnoidea hasta que se demuestre lo contrario, situación que no fue considerada en la primera y segunda atención médica brindada a V los días 15 y 29 de noviembre de 2019.

52. Ahora bien, el 5 de diciembre de 2019, AR4 valoró a V, asentando en la nota médica que ameritaba hospitalización y estudios para determinar causas de las crisis convulsivas, por lo que indicó que se continuara con el manejo médico inicial establecido en la Unidad de Choque por AR3, sin que hubiere solicitado la realización de un estudio de imagen de cráneo.

53. A las 16:00 horas de ese día, V presentó deterioro neurológico, circunstancia que el personal de enfermería notificó a AR1, quien confirmó tal evento, al encontrarla con escala de coma de Glasgow de tres puntos, hipotensa por cifras de tensión arterial de 74/48 mmHg (120/80mmHg), pupilas midriáticas sin respuesta al estímulo luminoso y sin efecto de algún fármaco sedante, por lo que consideró que la paciente ameritaba manejo avanzado de la vía aérea mediante intubación orotraqueal, administración de aminas vasoactivas, colocación de sonda orogástrica y nueva valoración por la UCI.

54. En la misma fecha, a solicitud de AR1, V fue valorada a las 19:40 horas por AR5, la que únicamente refirió que ameritaba ingreso a la UCI por requerir manejo avanzado de la vía aérea, encontrándola clínicamente con reflejos neurológicos ausentes, pupilas midriáticas sin respuesta a la luz, hemodinámicamente inestable y en estado de choque, indicando como tratamiento norepinefrina, sin solicitar estudio de imagen de cráneo (Tomografía o Resonancia de cráneo).

55. Al respecto, la especialista de esta Comisión Nacional señaló que en este tipo de pacientes el pronóstico depende de una multitud de factores de riesgo, como son:

estado clínico, edad, comorbilidades, tiempo transcurrido entre la hemorragia e instauración de medidas terapéuticas, cantidad de sangrado observado en la Tomografía de cráneo), y no obstante ello, AR3, AR4 y AR5 no solicitaron que se efectuara a V un estudio imagenológico de cráneo, ya que tanto la tomografía simple de cráneo como la resonancia magnética están recomendadas en estos casos.

56. Abundó la citada especialista que la GPC-EVC, menciona que el diagnóstico usualmente se hace complementando el cuadro clínico con hallazgos imagenológicos de una tomografía axial computarizada, puesto que el objetivo principal del manejo es evitar la lesión isquémica al tejido cerebral y la aparición de complicaciones como resangrado, vasoespasma cerebral e hidrocefalia. Asimismo, que la atención médica de estos pacientes debe hacerse por un grupo multidisciplinario que sea capaz de mantener un buen estado hemodinámico y una adecuada homeostasis²¹ cerebral, con el fin de garantizar la perfusión cerebral.

57. Concluyendo en su dictamen que la toma de una imagen cerebral de emergencia (tomografía simple de cráneo) es recomendable antes de iniciar cualquier terapia específica para tratar el evento vascular cerebral agudo, y que la referida Guía de Práctica Clínica establece que la tomografía de cráneo y la resonancia magnética son de gran utilidad para confirmar su diagnóstico, determinar su tamaño y localización.

58. De esta manera, la tomografía de cráneo sigue siendo el estudio de elección por su alta sensibilidad y especificidad, sin embargo, ese estudio radiológico no fue solicitado por AR3, AR4 y AR5, siendo que la importancia de éste estudio no solo radica en su necesidad de complementación diagnóstica, sino también en proporcionar la información necesaria para la toma de decisiones sobre el manejo y

²¹ Mecanismos que mantienen constantes las condiciones del medio interno de un organismo, a pesar de grandes oscilaciones en el medio externo. Esto es, funciones como la presión sanguínea, temperatura corporal, frecuencia respiratoria y niveles de glucosa sanguínea, entre otras, son mantenidas en un intervalo restringido alrededor de un punto de referencia, a pesar de que las condiciones externas pueden estar cambiando. <http://www.facmed.unam.mx/Libro-NeuroFisio/FuncionesGenerales/Homeostasis/Homeostasis.html>.

tratamiento urgente con el fin de evitar una lesión isquémica al tejido cerebral y la aparición de complicaciones como resangrado, vasoespasmo y edema cerebral, por lo cual, incurrieron en negligencia por omisión, situación que contribuyó al deterioro del estado de salud de V y a su fallecimiento, junto con otros factores de riesgo como el ser portadora de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad y el antecedente de cáncer pulmonar y renal.

59. El 6 de diciembre de 2019, V presentó un paro cardiorrespiratorio a las 04:35 horas, acudiendo a su asistencia un médico, del que se desconoce el nombre, quien realizó maniobras de reanimación cardiopulmonar sin obtener respuesta favorable, por lo que la declaró por fallecida, con los diagnósticos de evento vascular cerebral hemorrágico, cáncer pulmonar, diabetes mellitus tipo dos e hipertensión arterial sistémica.

60. Al respecto, la especialista de este Organismo Nacional explicó que el edema cerebral es una de las complicaciones que se presentan en el evento vascular cerebral hemorrágico y se origina cuando hay una acumulación de líquidos en las células cerebrales lo que provoca una inflamación del encéfalo, ocasionando un aumento de la presión en el interior del cráneo lo que origina una falta de oxigenación y degeneración celular. El edema se desarrolla en 24 a 48 horas y habitualmente alcanza el pico de intensidad a los 3-5 días. El incremento del edema es la causa más frecuente de empeoramiento del déficit neurológico en un 20 % de los pacientes.

61. Por expuesto, la especialista de la CNDH concluyó que la atención médica brindada a la agraviada los días 15 y 29 de noviembre de 2019 por parte de AR1 y AR2 fue inadecuada, incurriendo en negligencia por omisión, al haberla egresado precipitadamente, sin establecer un diagnóstico certero y oportuno que se complementara con exámenes de laboratorio, estudios radiológicos y una exploración física y neurológica completa, induciendo además, a la creación de otro factor de riesgo como fue una dilación en el tiempo transcurrido entre la hemorragia y la instauración de medidas terapéuticas, a sabiendas de que en éstas dos

atenciones médicas V refirió presentar datos de daño neurológico como son desorientación, temblor de manos, cefalea persistente y vómito.

62. Manifestaciones clínicas que se describen en la GPC-EVC, en la cual se señala que ante todo paciente con un déficit neurológico de nueva aparición o súbito, se debe de sospechar el diagnóstico de evento vascular cerebral agudo, por lo que es necesario determinar de forma inequívoca el tiempo de inicio de la sintomatología, realizar una exploración neurológica completa y exploración clínica integral, auxiliado de una tomografía simple de cráneo, lo que contribuyó junto con otros factores de riesgo como el ser portadora de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad, antecedente de cáncer pulmonar y renal al deterioro de su estado de salud y su posterior fallecimiento.

63. Asimismo, en el dictamen de este Organismo Nacional se consideró que AR3, AR4 y AR5, incurrieron en negligencia por omisión en la tercera atención médica brindada a V, el día 5 de diciembre de 2019, por no haber solicitado una tomografía de cráneo que permitiera además de corroborar su diagnóstico de evento vascular cerebral hemorrágico, determinar la causa, tamaño y localización de la hemorragia, elementos necesarios para la toma de decisiones sobre el manejo y tratamiento urgente con el objetivo de evitar una lesión isquémica al tejido cerebral y la aparición de complicaciones como el edema cerebral, situación que contribuyó al deterioro de su estado de salud y fallecimiento, junto con los otros factores de riesgo señalados.

64. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, vulneraron el agravio de V, su derecho a la protección de la salud, 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.

C. Derecho a la Vida.

65. Como lo ha destacado esta Comisión Nacional los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales -como el derecho a la vida²². Los DESC funcionan como derechos “puente” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales, como ocurrió al derecho humano a la vida de V.

66. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y el artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

67. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: 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 las condiciones que los garanticen.

²² La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. “Caso *Ximenes Lopes Vs. Brasil*”. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

68. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V, por AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 deben ser reproducidas como el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

69. Como se precisó en el dictamen médico emitido por la especialista de esta Comisión Nacional la atención médica que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, brindaron a V fue inadecuada, incurriendo en negligencia por omisión, toda vez que fue egresada precipitadamente, sin que se estableciera un diagnóstico certero y oportuno que se complementara con diversos estudios, y una exploración física y neurológica completa, así como por no haber solicitado una tomografía de cráneo que permitiera, además de corroborar el diagnóstico de evento vascular cerebral hemorrágico, determinar la causa, tamaño y localización de la hemorragia, elementos necesarios para establecer el manejo y tratamiento urgente con el objetivo de evitar una lesión isquémica al tejido cerebral y la aparición de complicaciones como el edema cerebral, situación que contribuyó al deterioro de su estado de salud y fallecimiento, junto con otros factores de riesgo ya indicados.

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

70. 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.

71. 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.²³

²³ CNDH. Recomendaciones 1/2021, párr. 81; 52/2020, párr. 71; 45/2020, párr. 88; 44/2020, párr.61; 43/2020, párr. 68; 42/2020, párr. 58; 35/2020, párr. 111; 23/2020, párr. 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 párr. 116.

72. 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.”*²⁴

73. 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, *“(...) 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.”*²⁵

74. Por otra parte, se debe considerar que, la NOM-Del Expediente Clínico advierte 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, 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.”*

75. Al respecto, este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de

²⁴ 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.

²⁵ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 27.

salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se les brinda.²⁶

76. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales; y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²⁷

77. La CNDH 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 1/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 43/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, 26/2019 y 33/2019.

78. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió que existen notas médicas con abreviaturas, ilegibles, con tachaduras y enmendaduras y sin nombre y firma del médico que las realizó, vulnerando los numerales 5.10, 5.11, de la NOM-Del Expediente Clínico, que establecen los requisitos que deben tener las

²⁶ CNDH, Recomendaciones 1/2021, párr. 85; 52/2020, párr. 75; 45/2020, párr. 92; 35/2020, párr. 115; 23/2020, párr. 95.

²⁷ CNDH, 1/2021, párr. 86; 52/2020, párr. 76; 45/2020, párr. 93; 35/2020, párr. 116; 23/2020, párr. 96; 26/2019, párr. 34; 21/2019, párr. 68.

notas que integran el expediente clínico de los pacientes, entre otros, fecha, hora, nombre completo de quien la elabora, firma, sin abreviaturas, ser legibles. También se advierte que se omitió elaborar la nota de evolución y egreso hospitalario de V del día 15 de noviembre de 2019, por lo que las personas servidoras públicas del Hospital General del ISSSTE, incurrieron en inobservancia de los numerales 7.2 y 8.9 de la referida Norma Oficial Mexicana.

79. Asimismo, se observó que el “*Formato complementario de egreso hospitalario*”, de 29 de noviembre de 2019, tampoco cumple con lo establecido en el numeral 8.9 de la citada NOM-Del Expediente Clínico, que señala que la nota de egreso deberá elaborarla el médico, y deberá contener como mínimo: fecha de ingreso, fecha de egreso, motivo del egreso, diagnósticos finales, resumen de la evolución y el estado actual, manejo durante la estancia hospitalaria, problemas clínicos pendientes, plan de manejo y tratamiento, recomendaciones para vigilancia ambulatoria, atención de factores de riesgo y pronóstico.

80. 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 del 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.²⁸

E. Responsabilidad.

81. Tal como ha quedado acreditado en la presente Recomendación la responsabilidad de AR1 y AR2, se debió a que egresaron de forma precipitada a V, sin que hubieren establecido un diagnóstico certero y oportuno que se

²⁸ CNDH, Recomendaciones 1/2021, párr. 89; 52/2020, párr. 80; 23/2020, párr. 100; 16/2020, párr. 73; 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73; 12/2016, párr. 74.

complementara con exámenes de laboratorio, estudios radiológicos y una exploración física y neurológica completa.

82. Por lo que se refiere a AR3, AR4 y AR5, la responsabilidad deriva de la omisión de solicitar que se realizara a V, una tomografía de cráneo que hubiere permitido, además de corroborar el diagnóstico de evento vascular cerebral hemorrágico, determinar la causa, tamaño y localización de la hemorragia, elementos necesarios para la toma de decisiones sobre el manejo y tratamiento urgente de la agraviada, con el objetivo de evitar una lesión isquémica al tejido cerebral y la aparición de complicaciones como el edema cerebral.

83. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, 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.

84. 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 y análisis de pruebas del presente documento en el caso de V no aconteció.

85. Con fundamento en los artículos 1°, párrafo tercero, 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, 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 ante el Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en cuya investigación se tomen en cuenta las evidencias y argumentación referidas en esta Recomendación.

86. En la presente Recomendación ha quedado expuesta la responsabilidad de las personas servidoras públicas del Hospital General, por violación al derecho 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.

F. Reparación Integral del Daño.

87. 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.

88. Para tal efecto de conformidad con los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VI, 67, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno de reparar a las víctimas de una forma integral a través de las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y de no repetición.

89. En ese tenor, a fin de que la autoridad esté en posibilidad de dar cumplimiento a la presente Recomendación y calificar el propio cumplimiento de cada uno de los puntos recomendatorios, será necesario que se comprometa y efectúe sus obligaciones en la materia, establecidas en las citadas leyes. Para ello, a continuación, se puntualiza la forma en que podrán acatarse cada uno de los puntos recomendatorios.

a) Medidas de Rehabilitación.

90. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y 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”*.

91. En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el ISSSTE debe solicitar la colaboración del Instituto Nacional de Migración, con objeto de ubicar a los

familiares de V, para que se les proporcione la atención psicológica que requieran, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado y de forma continua atendiendo a sus necesidades específicas. En caso de no ser posible su localización, se deberán remitir aquellas documentales relativas a las gestiones realizadas para su ubicación y contacto con los mismos.

92. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, 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, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de compensación.

93. 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 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”*.²⁹

94. 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,

²⁹ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 90.

los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenído de los hechos violatorios de derechos humanos.

95. Para tal efecto, el ISSSTE en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a los familiares de V, que acrediten tener derecho, por la mala práctica médica de la que fue víctima, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual este Organismo Nacional remitirá a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas 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.

c) Medidas de Satisfacción.

96. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de la víctima; 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.

97. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al ISSSTE colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la queja administrativa que este Organismo Nacional presente en el Órgano Interno de Control en ese Instituto, en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación.

98. Por lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto, se deberán informar las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

d) Medidas de no repetición.

99. 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.

100. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del ISSSTE 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 de la salud, así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del Expediente Clínico y las Guías de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención, de Vigilancia Prevención Secundaria de la Enfermedad Vascul ar Cerebral en el Primer Nivel de Atención y de Diagnóstico y Tratamiento Temprano de la Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquemica en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, a todo el personal médico y administrativo del Hospital General, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, 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.

101. Asimismo, en el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal del Hospital

General que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, para 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 remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del punto sexto.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Realizar las acciones necesarias para localizar a los familiares de V, hecho lo cual en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral por los daños causados a los familiares de V, que acrediten tener derecho, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que se le otorgó, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue atención psicológica que requieran los familiares de



V, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado, atendiendo a su edad y necesidades específicas. 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. Colaborar ampliamente en el trámite y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en el Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación, y se remitan en su oportunidad las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. 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 NOM- Del Expediente Clínico y las Guías de Práctica Clínica señaladas en la presente Recomendación, a todo el personal médico del Hospital General “B” del ISSSTE en Ciudad Juárez, Chihuahua, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, 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; hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal del Hospital General “B” del ISSSTE en Ciudad Juárez, Chihuahua, que contenga las medidas



adecuadas de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos e integración del expediente clínico, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; 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.

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

103. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos del 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.

104. 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.

105. 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.

106. 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