



RECOMENDACIÓN No. 137 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V2 POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA, EN EL HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD “BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN TULTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 20 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 lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2017/6284/Q**, sobre la atención médica brindada a V1 en el Hospital Bicentenario.

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

Claves	Denominación
Q	Quejoso
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse de la siguiente manera:

Nombre	Acrónimo
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Organización Mundial de la Salud	OMS
Suprema Corte de Justicia de la NA	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional u Organismo Nacional
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV



Nombre	Acrónimo
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado "ISSSTE"	ISSSTE
Hospital de Alta Especialidad "Bicentenario de la Independencia" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Hospital Bicentenario
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Centro Médico 20 de Noviembre
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI
Órgano Interno de Control	OIC
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento del ISSSTE
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM-Del expediente clínico
Guía de Práctica Clínica	GPC

I. HECHOS.

5. El 6 de agosto de 2017, Q presentó vía telefónica ante esta Comisión Nacional, queja por presuntas violaciones a los derechos humanos de V1, de Edad [REDACTED] al momento de los hechos, atribuibles a personal del Hospital Bicentenario, iniciándose el expediente **CNDH/1/2017/6284/Q**.



6. Q manifestó que debido a que a V1 **Datos personales**, desde el 4 de agosto de 2017, ingresó a Terapia Intensiva del Hospital Bicentenario ya que la valoraría un neurólogo aunado a que no había especialista disponible, el 5 de ese mismo mes y año, sería trasladada en helicóptero al Centro Médico 20 de Noviembre.

7. Sin embargo, como a la *“una de la madrugada”* del 6 de agosto de 2017, le informaron que le *“denegaron el traslado”* y que *“ya no podían hacer nada”* por V1, por lo cual le dejaron de suministrar medicamento pese a que empeoraba sin diagnóstico ni pronóstico, por ello Q considera que *“están dejando morir a su familiar”*.

8. A fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvo copia del expediente clínico de V1 con informe de su atención médica, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

9. Acta Circunstanciada de 6 de agosto de 2017, a través de la cual personal de esta Comisión Nacional asentó que recibió la llamada telefónica de Q, en la cual se inconformó con la atención médica brindada a V1 por personal médico adscrito al Hospital Bicentenario.

10. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/03089-4/17 de 1 de diciembre de 2017, al cual el ISSSTE adjuntó el informe del director del Hospital Bicentenario con copia del expediente clínico de V1, destacándose lo siguiente:



10.1. Oficio HRAEBI/UTI/105/2017 de 30 de octubre de 2017, por el cual el jefe de Unidad de Terapia Intensiva anexó un resumen clínico institucional con motivo de la atención brindada a V1.

10.2. Correo electrónico de 5 de agosto de 2017, a través del cual el Hospital Bicentenario solicitó apoyo al Centro Médico 20 de Noviembre para la valoración de V1 en el servicio de Neurocirugía, misma fecha en que dicho nosocomio comunicó que atendiendo a su estado neurológico no se recomendaba su traslado.

10.3. Hoja de urgencias con fecha y hora de admisión de las 22:42 horas de 29 de julio de 2017, fecha y hora de alta, a las 05:54 horas del 30 de ese mismo mes y año, suscrita por AR1.

10.4. Hoja de urgencias con fecha y hora de admisión de las 16:27 horas del 31 de julio de 2017 y fecha y hora de alta, de las 02:46 horas de 1 de agosto de ese mismo año, realizadas por AR2 y AR3, respectivamente.

10.5. Hoja de urgencias con fecha y hora de admisión las 04:16 del 4 de agosto de 2017.

10.6. Nota de valoración inicial, gravedad y procedimiento de las 05:51 horas del 4 de agosto de 2017, en la cual SP diagnosticó a V1, con *“hemorragia subaracnoidea pn aneurismática Fisher IV/hunt y Hess 3/WFNS3”*.

10.7. Nota de evolución de las 10:28 horas del 4 de agosto de 2017, en la cual se reportó a V1, muy grave con pronóstico reservado.



10.8. Nota de evolución de las 15:51 horas del 4 de agosto de 2017, en la cual se solicitó la interconsulta de V1 con Neurocirugía y en la UCI.

10.9. Nota de ingreso de V1 a la UCI, de las 18:00 horas del 4 de agosto de 2017.

10.10. Nota de evolución de la UCI de 5 de agosto de 2017, en la cual se solicitó la valoración y traslado de V1 al Centro Médico 20 de noviembre para craniectomía descompresiva, esto es, procedimiento neuroquirúrgico en el que se extrae parte del cráneo para que se expanda un espacio cerebral inflamado sin que se apriete.

10.11. Nota de evolución de medicina crítica de las 00:00 horas del 6 de agosto de 2017, en la cual se especificó que V estaba en espera de angiotomografía de cráneo para determinar su flujo sanguíneo cerebral.

10.12. Nota de evolución de la UCI de las 14:00 horas del 6 de agosto de 2017, en la cual se reportó el resultado de la angiotomografía de cráneo de V1.

10.13. Nota de evolución de UCI, turno nocturno, de las 06:00 horas del 7 de agosto de 2017, en la que se describió a V1 muy grave con pronóstico malo para la vida y la función en corto plazo.

10.14. Nota de alta por defunción de la UCI de las Datos personales horas del Datos personales [Redacted] relacionada con V1.

10.15. Certificado de defunción de V1 de Datos personales.



- 11.** Opinión Médica de 7 de junio de 2019, en la que personal especializado de esta Comisión Nacional estableció consideraciones técnicas respecto a la atención médica proporcionada a V1 en Hospital Bicentenario.
- 12.** Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/05113-4/19 de 31 de octubre de 2019 mediante el cual el ISSSTE informó que el Comité de Quejas Médicas resolvió procedente el caso de V1 por “*deficiencia administrativa*”.
- 13.** Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/05820-4/19 de 9 de diciembre de 2019 a través del cual el ISSSTE proporcionó copia de los diversos 05337-4/19 y 05338-4/19 del 7 de noviembre de 2019 remitidos a la encargada del Hospital Bicentenario por la procedencia de la queja relacionada con V1, solicitando apeguen su actuar a las Normas Oficiales Mexicanas debiendo el personal médico mantener la certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas.
- 14.** Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/0822-4/20 de 11 de febrero de 2020, al que el ISSSTE adjuntó a esta Comisión Nacional, diversas documentales de las medidas de no repetición que le fueron solicitadas con la procedencia del Expediente de Queja relacionado con V1.
- 15.** Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/01655-4/20 de 12 de marzo de 2020 a través del cual el ISSSTE solicitó al Área de Quejas del OIC en el ISSSTE, iniciara investigación administrativa en contra de personal del Hospital Bicentenario.
- 16.** Acta Circunstanciada de 16 de junio de 2020 en la que personal de este Organismo Nacional asentó que recibió llamada telefónica de Q, quien indicó que no presentó denuncia penal con motivo de los hechos.



- 17.** Acta Circunstanciada de 4 de septiembre de 2020, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica con personal del ISSSTE, quien informó que el OIC en dicho Instituto radicó el Expediente de Queja.
- 18.** Acta Circunstanciada de 9 de noviembre de 2020, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica con V2, solicitándole presentara por escrito su petición de indemnización al ISSSTE por las *“irregularidades administrativas”* en la atención médica de su progenitora.
- 19.** Acta Circunstanciada de 10 de noviembre de 2020, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la recepción el correo electrónico de V2, al cual adjuntó el escrito por el cual solicitó al ISSSTE, un pago indemnizatorio con motivo de la atención proporcionada a V1.
- 20.** Acta Circunstanciada de 9 de diciembre de 2020, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica de personal del ISSSTE, quien comunicó la improcedencia de la petición de V2, respecto al pago indemnizatorio.
- 21.** Correo electrónico de 2 de diciembre de 2021, mediante el cual personal de esta Comisión Nacional solicitó al ISSSTE, informará el seguimiento del Expediente Administrativo.
- 22.** Acta Circunstanciada de 3 de diciembre de 2021, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica del OIC en el ISSSTE en la cual informó que en el Expediente de Queja el 23 de septiembre de 2020, se determinó que no hubo responsabilidad administrativa al haberse acreditado que el personal de salud si atendió a V1.



III. SITUACIÓN JURÍDICA.

23. El 23 de septiembre de 2019, el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE en su Décima Octava Sesión Ordinaria resolvió el presente asunto como procedente por “*deficiencia administrativa*” (sic) en la atención brindada a V1, sin especificar en qué consistía la misma.

24. El 7 de noviembre de 2019, el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE remitió a la Dirección del Hospital Bicentenario un Oficio a través del cual instruyó a personal médico y de enfermería a fin de que en el desempeño de sus funciones cumplan con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas, debiendo los primeros mantener la certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas con motivo de la deficiencia administrativa en la atención proporcionada a V1, por lo cual remitieron a esta Comisión Nacional documentales derivadas de las medidas de no repetición solicitadas.

25. El 4 de septiembre de 2020, en el OIC en el ISSSTE se radicó el Expediente de Queja con la vista dada el 25 de febrero de ese mismo año, por la Jefatura de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos del ISSSTE, en el cual el 23 de septiembre de 2020, se determinó la improcedencia del Expediente de Queja al haber considerado que a V1 se le dio la atención médica que requería.

26. El 9 de diciembre de 2020, personal del ISSSTE informó a esta Comisión Nacional, la improcedencia del pago de indemnización promovido por V2.

27. Al momento en que se emite la presente Recomendación, no obra constancia de que se hubiera iniciado alguna carpeta de investigación ante la Fiscalía General de la República con motivo de la atención brindada a V1 en el Hospital Bicentenario, lo cual confirmó Q.



IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

28. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2017/6284/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con enfoque de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y de la CrIDH, se contó con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por inadecuada atención médica que incidió en la pérdida de la vida de V1, así como al acceso a la información en materia de salud en su agravio y V2 atribuibles a AR1, AR2 y AR3 adscritos al Hospital Bicentenario en razón a las siguientes consideraciones.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

29. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,¹ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.

30. La SCJN considera que *“(...) El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad como la exigencia de que sean apropiados médica*

¹ CNDH. Recomendaciones: 71/2021, párr. 41; 80/2019, párr. 30; 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.



y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).²

31. Este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009 emitió la Recomendación General 15, *“sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la cual afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, demandando la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

32. El párrafo primero, del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que: *“(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...);* precisando el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre que, *“toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...) a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”*.

33. El párrafo 1º, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como *“(...) un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás (...). Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...)*

² “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.



aplicación de (...) programas de salud elaborados por la (...) (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).³

34. En los artículos 10.1 e incisos a) y d), del numeral 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “*Protocolo de San Salvador*”, se reconoce el derecho a la salud de todas las personas, entendido como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, debiendo el Estado adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el “*Caso Vera Vera y otra vs Ecuador*”,⁴ consideró que, “*(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)*”.

35. De las evidencias analizadas, se advirtió que AR1, AR2 y AR3 adscritos al Hospital Bicentenario omitieron brindar la atención médica adecuada que requería V1 atento a su padecimiento como lo establecen los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, en concordancia con los numerales 1 y 22, del Reglamento del ISSSTE, lo que se tradujo en la violación a su derecho humano a la protección de la salud y la consecuente pérdida de la vida, como se acreditará en adelante.

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

36. Como antecedente de la valoración realizada a V1 en el servicio de Urgencias del Hospital Bicentenario, el 28 de julio de 2017, inició con dolor de cabeza (cefalea), acudiendo con un médico particular, sin mejoría al tratamiento indicado.

³ “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”. Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

⁴ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.



37. A las 22:42 horas del 29 de julio de 2017, V1 llegó al servicio de Urgencias del Hospital Bicentenario, siendo atendida por AR1, a quien le manifestó que desde las 21:00 horas sentía hormigueo de miembros torácicos aumentado a la cara, vómito en cuatro ocasiones desde hacía hora y media, así como dolor [REDACTED] [REDACTED]), reportándola a la [REDACTED] [REDACTED], [REDACTED] del mismo tamaño [REDACTED], [REDACTED] [REDACTED] por lo cual la diagnosticó con [REDACTED] [REDACTED]" y ordenó su vigilancia neurológica.

38. A las 01:30 horas del 30 de julio de 2017, AR1 describió a V1 aun con ansiedad y disminución de cefalea e indicó que sus resultados de los estudios de laboratorio en sangre no presentaron datos de infección, anemia, lesión renal aguda ni glucosa elevada, por lo que continuaría con vigilancia médica.

39. A las 05:13 horas del 30 de julio de 2017, AR1 encontró a V1, con mejoría, tensión arterial 140/63, frecuencia cardiaca 80 y sueño [REDACTED] [REDACTED] su alta médica con control y seguimiento en su Unidad Médica Familiar para protocolizarla, valoración por Psiquiatría y control de tensión arterial para valorar algún [REDACTED] [REDACTED] respecto, personal médico de este Organismo Nacional destacó que AR1 omitió:

39.1. Una historia clínica completa con interrogatorio intencionado y dirigido que le permitiera localizar el origen de la cefalea considerando

⁵ En la opinión médica de esta Comisión Nacional se asentó que se refiere a la escala que mide el nivel de conciencia, correspondiendo dicho número a quienes abren los ojos espontáneamente, obedecen órdenes para movilizar partes del cuerpo y están orientados.



antecedentes familiares y personales sobre episodios previos de dolor de cabeza con hincapié en su padecimiento actual, preguntarle datos del inicio del dolor, instauración, frecuencia, duración, horario, factores agravantes o desencadenantes y datos de remisión.

39.2. Contrario a ello, AR1 subestimó sus signos neurológicos de focalización ([REDACTED]), sistémicos [REDACTED] [REDACTED] irradiación a [REDACTED], sin que le diera tratamiento para sus cifras tensionales elevadas, requiriendo V1, una [REDACTED] computarizada simple y obligatoria en casos de cefalea súbita intensa con sus datos neurológicos para descartar [REDACTED], [REDACTED] y [REDACTED] que le pudiera estar originando la [REDACTED]

39.3. Llama la atención que a la 01:30 horas del 30 de julio de 2017, AR1 no reportara signos vitales de V1 a pesar de haber presentado aumento de su [REDACTED] a su ingreso, tampoco valoró su estado de consciencia ni investigó si persistía con náuseas, vómito o parestesias y al no haber solicitado la tomografía de cráneo, ocasionó dilación en su diagnóstico y tratamiento comprometiendo su pronóstico.

39.4. Aun cuando a las 05:13 horas del mismo 30 de julio de 2017, AR1 la describió con [REDACTED] a”, de su nota médica se advirtió que aun presentaba aumento de la tensión arterial sistólica (140/63) y sueño fisiológico, omitiendo su exploración neurológica, la cual era indispensable porque aún no contaba con la causa de la cefalea ni había descartado otras patologías, AR1 debió valorar su estado de alerta por la escala de “*Coma de Glasgow*”, mediante apertura ocular, lenguaje y motricidad espontánea ante estímulos verbales o dolorosos o sin respuesta, así como valorarla neurooftalmológica con movimientos oculares y reacción pupilar.



39.5. Por tanto, incumplió con la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de la Cefalea Aguda en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, en la cual se considera que toda cefalea aguda con o sin signos neurológicos es de alto riesgo, requiriendo un diagnóstico rápido y eficaz para el tratamiento oportuno debido a que pone en peligro la vida potencialmente, siendo un error grave el no brindar atención adecuada ni oportuna porque la cefalea de alta intensidad y de inicio rápido se asemeja a una hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurisma con intensidad máxima que se alcanza en menos de un minuto, encontrándose entre los datos de alarma o de “bandera roja”: cefalea súbita de gran intensidad, síntomas neurológicos focalizados (debilidad, temblor o parestesia en extremidades, alteraciones en la visión), síntomas neurológicos no focales (trastornos cognitivos o del lenguaje), lo que amerita urgentemente una tomografía axial computarizada simple dentro de las 12 horas de haber iniciado y antes de una punción lumbar, lo que AR1 no consideró.

39.6. Al respecto, la GPC para Riesgo de Enfermedad Vasculare Cerebral en Adultos detalla que la hipertensión y el dolor de cabeza súbito e intenso son factores de riesgo y datos de alarma para sospechar de una ruptura de aneurisma o evento cerebrovascular hemorrágico, los cuales V1 presentaba sin que AR1 le prescribiera tratamiento, resultando inadecuada su alta médica al haber desestimado los datos de alarma neurológicos (parestesia de extremidades y cara), sistémicos (náusea y vómito) y meníngeos (cefalea con irradiación del dolor a cuello), sin exploración de rigidez de cuello y al no solicitar estudio de neuroimagen de tomografía para descartar aneurismas intracerebrales, hemorragias, tumores y/o hidrocefalia antes de su egreso, aunado a que no contaba con un diagnóstico de certeza con motivo de la cefalea, sin que indicara medidas de precaución a su egreso, inobservando la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de la Cefalea Aguda en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, la GPC para la Detección, Diagnóstico, Tratamiento



43. En la opinión médica de esta Comisión Nacional, se destacó que si bien dicha conducta médica se adecuó a lo establecido en la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de la Cefalea Aguda en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, también lo es que AR2 omitió indicarle manejo antihipertensivo, al ser la principal causa o coadyuvante de la cefalea y sus complicaciones según lo establece la GPC para Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico del Aneurisma Cerebral sin Ruptura y la GPC para el Riesgo de Enfermedad Vascul ar Cerebral en Adultos, al precisar como factores de riesgo para una aneurisma, el ser del sexo Datos personales y tener hipertensión arterial, lo cual presentaba V1.

44. AR2 reportó a las 21:31 horas del 31 de julio de 2017 a V1, con [REDACTED], sin datos de [REDACTED] o lesión renal aguda confirmado con el resultado de sus estudios de laboratorio, manteniéndola en observación “*de corta estancia*” para vigilancia neurológica en espera de la tomografía de cráneo; en ese sentido, en la citada opinión médica de esta Comisión Nacional, se indicó que dicha persona servidora pública omitió:

44.1. Valorar neurológicamente a V1, mediante la escala de Glasgow, contrario a ello la describió inadecuadamente con “*mejoría en la paciente*”, pasando desapercibido su deterioro neurológico caracterizado con [REDACTED] aunado a que no verificó sus signos vitales, ya que de haberlo hecho, habría advertido que cursaba descontrol hipertensivo desde su ingreso sin que lo corrigiera, siendo un factor de riesgo predisponente, coadyuvante y modificable para evento cerebrovascular hemorrágico y ruptura de aneurisma, entidades clínicas graves de elevada mortalidad acorde a lo establecido en la precitada GPC para Riesgo de Enfermedad Vascul ar Cerebral en Adultos.

44.2. Tampoco consideró la interconsulta urgente por Neurología según lo establece la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de la Cefalea Aguda en el Segundo y Tercer Nivel de Atención y la GPC para Detección, Diagnóstico,



Tratamiento y Pronóstico del Aneurisma Cerebral sin Ruptura, indicada en casos de dolor de cabeza intenso 10/10 en la escala de dolor con agregados de focalización neurológica como parestesias en las extremidades superiores, debilidad en las inferiores, marcha asistida, visión borrosa y rigidez en cuello, síntomas que V1 externó sin que AR2 los considerara.

45. Debido a que las 02:46 horas de 1 de agosto de 2017, AR3 advirtió a V1 neurológicamente íntegra, consciente, orientada, con reflejos corneal, palpebral, deglución, nauseoso y tos (tusígeno), fuerza conservada en sus cuatro extremidades, metabólica y hemodinámicamente estable, sin alteraciones visuales, auditivas ni clínicas, con deambulación normal aunado a que obedecía órdenes sencillas e interactuaba, la diagnóstico con *“cefalea remitida y en estudio, probable hipertensión reactiva”* y ordenó su egreso con carácter urgente a la consulta externa de Neurología, le indicó datos de alarma de forma verbal, cita abierta a urgencias y el 7 de ese mismo mes y año para la tomografía de cráneo simple, esto es, diez días posteriores al inicio de su padecimiento.

46. En la multitudada opinión médica, se indicó que la determinación de AR3 fue inadecuada por el antecedente de cefalea súbita de intensidad máxima 10/10 en escala de dolor y datos de focalización neurológica de V1, por tanto, se acreditó que AR1, AR2 ni AR3 observaron el contenido de las precitadas GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de la Cefalea Aguda en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, GPC para Riesgo de Enfermedad Vascular Cerebral en Adultos, para Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico del Aneurisma Cerebral sin Ruptura y la literatura médica especializada, al no haberle realizado una historia clínica completa y dirigida con exploración neurológica completa (fuerza, sensibilidad, reflejos osteotendinosos, centrales y profundos, pares craneales, alteraciones en la visión, movimientos oculares, reflejos pupilares y estado de consciencia), control de la hipertensión como factor de riesgo modificable para evento cerebrovascular, la realización urgente de la tomografía



axial computarizada de cráneo simple y su interconsulta con Neurología o Neurocirugía, omisiones que coadyuvaron en su deterioro inminente que derivó en su desafortunado deceso, lo cual se analizará más adelante.

47. V1 persistió con dolor de cabeza exacerbado, somnolencia y escasa respuesta a estímulos (hiporreactividad), por lo cual, el 4 de agosto de 2017 por tercera ocasión regresó a Urgencias donde fue atendida por SP a quien le refirió que tenía una semana con dolor de intensidad 10/10, sin mejoría con analgésicos pese a que había sido tratada el 31 de julio de ese año en dicho servicio.

48. A la exploración física, SP la advirtió con tendencia a la somnolencia, con respuestas incompresibles, alteraciones en lenguaje y conciencia, hiperreflexia generalizada (indicativo de lesión en alguna parte del sistema nervioso central) y signo de Babinski positivo bilateral (indicativo de patología cerebral grave) y con base en el resultado de la tomografía de cráneo simple realizada en medio privado, la diagnosticó con [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED], [REDACTED] y [REDACTED], lo que ameritó su [REDACTED] en ese sentido, el especialista de esta Comisión Nacional indicó que dicho manejo fue adecuado.

49. Ante su estado de gravedad, el 5 de agosto de 2017, se solicitó su traslado urgente al Centro Médico 20 de Noviembre con diagnóstico de [REDACTED] [REDACTED] lo que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional explicaba las alteraciones en lenguaje y visión borrosa sin soslayar que dada su gravedad no era candidata para tratamiento quirúrgico; sin embargo, dicho nosocomio contraindicó que se le moviera y sugirió la realización de AngioTAC (tomografía contrastada para valoración de arterias y venas del cerebro) con reposo absoluto para confirmar el origen vascular de su sangrado.



50. El 6 de agosto de 2017, dicho estudio confirmó la ausencia de flujo sanguíneo cerebral que comprobó muerte encefálica, esto es, ausencia completa y permanente de la conciencia, respiración y reflejos de tallo, lo cual le generó que a las **Datos personales**, presentara insuficiencia de contracciones en el corazón [REDACTED], por lo que, se le declaró clínicamente muerta por [REDACTED] a consecuencia de [REDACTED] por [REDACTED] que cursó.

51. No se omite señalar que con motivo de la queja presentada por Q, el director del Hospital Bicentenario y el jefe del servicio de la Unidad de Terapia Intensiva emitieron un resumen clínico de la atención brindada a V1 desde el 31 de julio hasta el 7 de agosto de 2017, destacando que la atención médica que se brindó fue la protocolaria para la atención del cuadro que evolucionó de manera súbita hasta una urgencia extrema y se le ofrecieron los recursos de los servicios e infraestructura médica disponibles, protegiendo la integridad de su funcionalidad y vida hasta que fue posible; a su vez, el OIC en el ISSSTE comunicó la improcedencia del Expediente de Queja al haber considerado de manera similar que a V1 se le brindó la atención médica que requería; sin embargo, el especialista de esta Comisión Nacional, acreditó que la atención brindada a V1 cuando estuvo bajo la supervisión de AR1, AR2 y AR3 fue inadecuada para su padecimiento, generándoles responsabilidad su fallecimiento por inadecuada atención médica.

52. Por lo expuesto, se confirmó que AR1, AR2 y AR3 adscritos al servicio de Urgencias del Hospital Bicentenario vulneraron el derecho humano a la salud de V1 que derivó en la pérdida de su vida con base en lo siguiente.



B. DERECHO A LA VIDA.

53. En el párrafo 49, de la Recomendación 79/2021, de esta Comisión Nacional, se estableció que el derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo, estableciendo dicha protección los artículos 6.1., del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1., de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y I, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida con medidas apropiadas.

54. La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, dependiendo de su salvaguarda la realización de los demás derechos. Debido a dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio.⁶

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

⁶ “Caso González y otras (Campo Algodonero) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232.

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



56. Este Organismo Nacional ha referido que: *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”*.⁸

57. El derecho a la vida y a la protección de la salud tienen la profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana;⁹ constituyendo las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica de V1 en el servicio de Urgencias del Hospital Bicentenario el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida como se acreditará enseguida.

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

58. A pesar del manejo médico brindado a V1 en el servicio de Terapia Intensiva, a las **Datos personales** lamentablemente perdió la vida, siendo las causas de su lamentable deceso: **[REDACTED]**”, según lo establecido en su certificado de defunción.

⁸ CNDH. Recomendación 76/2021, párr. 48, 75/2017, párr. 61, entre otras.

⁹ “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, párr. 117.



59. Desde el punto de vista médico forense, el especialista de este Organismo Nacional asentó que:

59.1. V1, [REDACTED] ocasionada por [REDACTED] [REDACTED], secundaria a ruptura [REDACTED] [REDACTED]), complicaciones que aun cuando eran de alta mortalidad, eran prevenibles y modificables de haber seguido las indicaciones de las Guías previamente señaladas desde que V1 inició su padecimiento, lo que al no haber sucedido culminó en el deterioro de su estado de salud hasta un punto irreversible.

59.2. Manejo atribuible a AR1, AR2 y AR3, al haber omitido desde el 29 de julio al 1 de agosto de 2017, un interrogatorio completo que les permitiera conocer el origen del dolor de cabeza de V1 con estudios neurológicos y valoración multidisciplinaria debido a que su sintomatología consistente en parestesias, debilidad, [REDACTED] de [REDACTED] y presión arterial [REDACTED] era acorde a la [REDACTED] que ya presentaba.

59.3. Tampoco controlaron la elevación de la presión arterial de V1, entidad clínica que coadyuvó a la ruptura del aneurisma intracerebral agravando las hemorragias subaracnoidea e intraparenquimatosas que presentó, sin soslayar que derivado de su estado de gravedad extrema, fue contraindicado su traslado programado al Centro Médico 20 de Noviembre, ya que debía permanecer en reposo absoluto ya que movilizarla comprometería su deteriorado estado de salud.

59.4. Su fallecimiento se debió a [REDACTED] ocasionado por [REDACTED] [REDACTED] derivado de [REDACTED], complicaciones graves, de elevada mortalidad y secundarias a la ruptura de aneurisma, que



pasaron desapercibidas por AR1, AR2 y AR3, acreditándose que de haberle brindado un adecuado y oportuno diagnóstico y tratamiento, como era lo obligado, máxime que el Instituto contaba con el recurso humano e infraestructura para ello, se le habría brindado mejor pronóstico de sobrevida al cual tenía derecho, lo que desafortunadamente, no sucedió.

60. Por lo expuesto, AR1, AR2 y AR3 adscritos al servicio de Urgencias del Hospital Bicentenario vulneraron el adecuado cumplimiento de sus funciones al haber omitido la apropiada prestación del servicio al que estaban obligados proporcionar, evidenciando el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión al no haberse apegado a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica para evitar las conductas acreditadas, derivando en la falta de acceso a la salud de V1 con la consecuente pérdida de la vida, ya que debieron identificar y valorar oportunamente su sintomatología para determinar su diagnóstico, sin que sucediera.

61. Al haber vulnerado el derecho humano a la protección de la salud de V1 que trascendió a la pérdida de la vida, incumplieron los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, 4, párrafo cuarto, constitucionales, 1, 2, fracciones I, II y V, 3, fracción II, 23, 27, fracción III, 32, 33 fracción I y II, 51 párrafo primero y fracción XII del ordinal 77 bis 37 de la LGS de la LGS; 9, 29 y 48, del Reglamento de la LGS, de los que deriva su responsabilidad porque los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad, así como el numeral 72 correlacionado con la fracción LII, del artículo 3, del Reglamento del ISSSTE, el punto 4.1.1, de la NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”*, vigente al momento de los hechos, así como el contenido de las GPC señaladas.



62. Cabe señalar, que en la Décima Octava Sesión Ordinaria de 23 de septiembre de 2019, el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE resolvió procedente la queja relacionada con V1 por “*deficiencias administrativas*”, por lo cual dictó medidas de satisfacción y dio vista en el OIC de dicho Instituto, la cual se radicó como Expediente de Queja, solicitando una investigación para que se acreditara la responsabilidad correspondiente, sin embargo, el 23 de septiembre de 2020, informó que se declaró como improcedente el asunto por haber considerado que a V1 se le otorgó atención médica que requería, declarándose el 7 de diciembre de ese mismo mes y año, igualmente improcedente la petición de V2, respecto a un pago indemnizatorio con motivo del fallecimiento de su progenitora, de acuerdo a información aportada por el propio ISSSTE.

63. V1 tenía derecho a ser atendida integralmente para obtener un diagnóstico y tratamiento certero, contrario a ello, se acreditó que las acciones y omisiones de AR1, AR2 y AR3 contribuyeron a su deficiente proceso inicial, al no haberle garantizado la atención médica que requería con base en su padecimiento, ya que sus hallazgos ameritaban una TAC de cráneo para indagar el porqué de su dolor de cabeza en conjunto con una atención de calidad y apegada a las GPC señaladas para limitar la progresión de su enfermedad y evitar que se pusiera en riesgo su vida como aconteció, lo que pudo haberse evitado si desde que ingresó a Urgencias se le hubiera realizado un interrogatorio adecuado para conocer la etiología del dolor que presentaba y que generó sintomatología más delicada, lo que al no haber acontecido les genera responsabilidad al haber vulnerado su derecho humano a la protección a la salud con la consecuente pérdida de la vida como se analizó.

64. Por otra parte, y a fin de garantizar la adecuada atención médica de los pacientes se debe considerar los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la



Agenda 2030 de la ONU,¹⁰ integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona, obligando a las autoridades a colaborar en su implementación, seguimiento y examen, debiendo considerarse en el presente asunto, la realización del Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, concretamente la meta 3.8, cuya misión versa en *“(…) Lograr la cobertura sanitaria universal, (…) incluir [o] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (…)”*; correspondiendo al Estado generar acciones para alcanzarla mediante el reforzamiento de los servicios hospitalarios para que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones y omisiones de su encargo y diagnostique a los pacientes oportunamente con los medios a su alcance y protocolos para cada padecimiento con vigilancia estrecha atendiendo a cada caso particular.

C. DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.

65. El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho al libre acceso a información, determinando que el Estado es el encargado de garantizarlo.

66. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas, 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.”*¹¹

¹⁰ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*.

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



67. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017,¹² 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”; señalando en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, la CrIDH que, “un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”.¹³

68. La NOM-Del Expediente Clínico establece que éste “(...) es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las (...) intervenciones del personal (...) de la salud, (...) el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”.¹⁴

69. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

¹² CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

¹³ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párr. 68.

¹⁴ Introducción, párr. dos.



70. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que 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 su estado de salud.¹⁵

71. Del análisis realizado al expediente clínico de V1, personal médico de esta Comisión Nacional destacó la inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico, cuya relevancia radica en la dificultad para la investigación en caso de presuntas violaciones a derechos humanos, asentándose a continuación las irregularidades administrativas advertidas en su integración.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

72. De las evidencias con que se contó, se advirtió que AR1 y AR3 omitieron una adecuada historia clínica intencionada y dirigida al padecimiento actual de V1 a fin de que verificaran los antecedentes personales patológicos de episodios previos de cefalea y familiares relacionados con patologías vasculares y/o de cáncer, con hincapié sobre su padecimiento actual, contraviniendo los puntos 6.1, 6.1.1 y 6.1.2, de la NOM-Del Expediente Clínico, en los que se especifican los requerimientos para el interrogatorio de toda persona.

73. AR1, a las 01:30 horas de 30 de julio de 2017, omitió reportar los signos vitales de V1 máxime que había presentado presión arterial alta a su ingreso; en

¹⁵ CNDH, párr. 34.



tanto, AR2 en la valoración de las 16:27 horas del 31 de ese mismo mes y año y a las 21:31 horas omitió su revisión neurológica mediante la escala de Glasgow, sin que checara sus signos vitales, con lo cual contravinieron los puntos 7, 7.1 y 7.1.2, de la referida NOM-Del Expediente Clínico, que especifican los requerimientos de las notas médicas en urgencias, resaltando la obligación del médico tratante para establecer signos vitales, siendo de utilidad para conocer las condiciones del estado de salud de cada paciente.

74. Las omisiones de AR1, AR2 y AR3 impidieron que se determinara la etiología del padecimiento de V1 oportunamente, de ahí que recabar su historia clínica completa resultaba fundamental para allegarse de un diagnóstico correcto con tratamiento adecuado, lo que no aconteció.

75. Por otra parte, respecto a la inconformidad de Q, cuando indicó que el 5 de agosto de 2017 por la mañana le indicaron que trasladarían a V1 en helicóptero al Centro Médico 20 de Noviembre y que a la una de la mañana le *“denegaron el traslado, argumentando que ya no podían hacer nada por V1 dejándole de suministrar medicamento (...) considerando que están dejando morir a su familiar (...)”*.

76. De las evidencias analizadas, se advirtió que a las 12:03 horas del 5 de agosto de 2017, se solicitó al Centro Médico 20 de Noviembre apoyo para Neurocirugía, contestando personal de dicho nosocomio a las 23:01 horas de esa misma fecha, que: *“Por estado neurológico actual (...) no se recomienda traslado terrestre. (...) presentar el caso a terapia intensiva hasta estabilización. (...) realización de angiotac para confirmar origen vascular de sangrado (...). Se recomienda reposo absoluto contraindica transporte tanto aéreo como terrestre para su traslado (...). Se recomienda continuar manejo terapéutico en cuidados intensivos en Unidad de origen”*, debiéndose investigar la manifestación de Q,



respecto a que dejaron morir a V1, para que, en su caso, se determine la responsabilidad correspondiente.

77. Las irregularidades en la integración del expediente clínico de V1 representan un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos y su historial clínico detallado para un tratamiento acorde a su padecimiento, así como para deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose su derecho para que se conozca la verdad; reiterando este Organismo Nacional, la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal en el manejo adecuado del expediente clínico acorde a la NOM-Del Expediente Clínico, siendo dichas Instituciones responsables solidarias de su cumplimiento.

78. No se soslaya que el 8 de septiembre de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la NOM-024-SSA3-2010, *“que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud”*, la cual es de observancia obligatoria, haciéndose indispensable que el ISSSTE considere su subsecuente aplicabilidad.

79. Acreditándose que en la integración del expediente clínico de V1, AR1, AR2 y AR3 incumplieron la NOM-Del Expediente Clínico por las razones expuestas.

D. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS.

80. La responsabilidad de AR1, AR2 y AR3 adscritos al servicio de Urgencias del Hospital Bicentenario provino de la falta de diligencia con la que se condujeron en la atención médica proporcionada a V1 como se comprobó con las conductas y



omisiones descritas en la presente Recomendación, lo que derivó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud que repercutió en la pérdida de su vida, con base en lo siguiente:

80.1. AR1, AR2 y AR3 omitieron la adecuada semiología de la cefalea, historia clínica general dirigida a dicha patología, exploración neurológica completa, dinámica y frecuente, solicitud de estudios de neuroimagen (TAC) y la valoración multidisciplinaria de V1, pasando desapercibida la hemorragia subaracnoidea secundaria a la ruptura de aneurisma intracerebral, manifestada tempranamente por el dolor de cabeza súbito e intenso, parestesias, debilidad, dolor, rigidez de cuello, visión borrosa, tinitus y alteraciones en el lenguaje, en presencia de presión arterial sistémica elevada que no fue controlada, la que al no ser controlada coadyuvó a la ruptura del aneurisma intracerebral agravando las hemorragias subaracnoideas e intraparenquimatosas.

80.2. El lamentable fallecimiento de V1 se debió a una hernia cerebral, ocasionada por edema cerebral severo derivado de hemorragia subaracnoidea, complicaciones graves de elevada mortalidad, secundarias a la ruptura de aneurisma, lo cual pasó desapercibido por AR1, AR2 y AR3 al momento de su respectiva intervención.

81. Por otro lado, las irregularidades en la integración del expediente clínico de V1, también constituyen responsabilidad para AR1, AR2 y AR3, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-Del Expediente Clínico, con lo cual se vulneró su derecho al acceso a la información en materia de salud en su agravio y de V2.

82. Este Organismo Nacional considera que las acciones y omisiones atribuidas a AR1, AR2 y AR3, evidencian responsabilidades que deberán ser



determinadas por las autoridades correspondientes de conformidad con la normatividad aplicable, debido a que 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, requiriendo para su efectiva aplicación, cumplir con el servicio encomendado, absteniéndose 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 según lo establecido en el artículo 7, fracciones I, V, y VII, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas en relación con el artículo 252, de la Ley del ISSSTE, vigentes al momento de los hechos, pues aun cuando la labor médica no garantice la curación de una persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y las circunstancias concurrentes, contribuyen al mejoramiento de sus condiciones, lo que no aconteció.

83. Al respecto, y como se indicó, si bien es cierto, el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE resolvió procedente el presente asunto al haber considerado que existió “*deficiencia administrativa*” (sic) en la atención brindada a V1, limitándose a ordenar medidas de no repetición dirigidas al personal médico y de enfermería del Hospital Bicentenario y por lo cual se radicó en el OIC en dicho Instituto, el Expediente de Queja, también lo es que el 20 de septiembre de 2020, se declaró como improcedente desde el punto de vista médico al haberse considerado que a V1 se le dio la atención médica que requería; contrario a ello, personal médico de esta Comisión Nacional acreditó que con motivo de la inadecuada atención médica proporcionada a V1 en cada una de las ocasiones que ingresó a Urgencias se vulneró su derecho humano a la salud con la consecuente pérdida de la vida, atribuible a AR1, AR2 y AR3, al no haberle brindado la atención integral que requería acorde a su padecimiento.



84. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, 73 bis de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

84.1. Queja ante el OIC en el ISSSTE en contra de AR1, AR2 y AR3 con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, así como respecto de las advertidas en la integración del expediente clínico.

84.2. Denuncia en la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2 y AR3 con motivo de la inadecuada atención médica proporcionada a V1, que culminó en su lamentable deceso.

85. Debiendo la autoridad administrativa y ministerial encargadas de las investigaciones correspondientes, considerar las evidencias reseñadas para que, en su caso, determinen las responsabilidades en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos en agravio de V1 y su familia.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

86. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c), de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del



Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

87. Para tal efecto, en términos de los artículos 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 V1, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV1, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV1, 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 haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de V1 que derivó en la pérdida de su vida, así como al acceso a la información en materia de salud en su agravio y de V2, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual, se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

88. Siendo aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23, de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas y diversos criterios de la CrIDH, al considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.



89. Por tanto, el ISSSTE deberá solicitar a la CEAV, la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de V2, a fin de que dicho Instituto realice un pago justo por las violaciones a derechos humanos acreditadas de conformidad con los artículos 1, 145, 146 y 152, de la Ley General de Víctimas, en los términos siguientes:

i. Medidas de Rehabilitación.

90. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares hacer frente a los efectos sufridos con motivo de las violaciones a sus 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, incluyendo la rehabilitación *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

91. En el presente caso, el ISSSTE en coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar a V2, atención psicológica y tanatológica que requieran por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, debiendo otorgarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas con motivo del fallecimiento de V1.

92. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con consentimiento de las víctimas indirectas, ofreciéndoles información previa, clara y suficiente, con enfoque diferencial y especializado en todo momento. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo necesario incluyendo de ser indispensable, la provisión de medicamentos.



ii. Medidas de Satisfacción.

93. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y conforme a lo dispuesto en los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

94. En el presente caso, las medidas de satisfacción comprenden que las personas servidoras públicas adscritas al servicio de Urgencias del Hospital Bicentenario colaboren ampliamente con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de las denuncias que este Organismo Nacional presentará en el OIC en el ISSSTE, así como en la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2 y AR3 adscritos a dicho nosocomio con motivo de la inadecuada atención médica de V1 que derivó en la pérdida de la vida.

iii. Medidas de No Repetición.

95. 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 para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, debiendo el Estado adoptar medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

96. No se omite señalar, que el Departamento de Atención a Quejas Médicas y Administrativas del ISSSTE indicó que con motivo de la procedencia de la queja de V1, se solicitó al director del Hospital Bicentenario instruyera al personal médico y de enfermería para que en el desempeño de sus funciones observen lo establecido en la NOM-Del Expediente Clínico, debiendo además los médicos



mantener la certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades, remitiendo a esta Comisión Nacional únicamente documentales con sello de las áreas correspondientes.

97. Por tanto, las autoridades del ISSSTE deberán implementar un curso integral en el término de tres meses contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación dirigido al personal médico del servicio de Urgencias del Hospital Bicentenario sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en el derecho a la protección a la salud relacionado con la GPC para Riesgo de Enfermedad Vascul ar Cerebral en Adultos y la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de la Cefalea Aguda en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, así como con el contenido de la Recomendación General 29/2017 emitida por este Organismo Nacional y la aplicabilidad del *“Manual del expediente clínico electrónico”* de la Secretaría de Salud, cursos que deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, debiendo asegurarse que entre los asistentes se encuentren AR1, AR2 y AR3. Cuyo contenido deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultado con facilidad.

98. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá emitir una circular al personal de Urgencias del Hospital Bicentenario con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y las labores de prevención en la atención médica fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes para satisfacer los tratamientos médicos conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se supervise durante un período de seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas para garantizar su no repetición.



iv. Medidas de Compensación.

99. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III y 64, de la Ley General de Víctimas y consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”.¹⁶

100. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la CEAV deberá valorar el monto de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación para que, en el ejercicio de sus atribuciones proceda conforme a Derecho.

101. A fin de cuantificar el monto de la compensación, deberán atenderse los siguientes parámetros:

101.1. Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la CrIDH como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

¹⁶ “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.



101.2. Daño inmaterial. 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. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas directas e indirectas

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, proceda a la reparación integral del daño causado a V2, que incluya una justa y suficiente compensación con motivo de la inadecuada atención médica que contribuyó al fallecimiento de V1, y en términos de la Ley General de Víctimas, se le inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, debiendo enviarse a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue en los términos precisados, atención psicológica y tanatológica que en su caso requiera V2 con motivo de las violaciones a los derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la denuncia que se presente ante el Órgano Interno de Control en



el ISSSTE en contra de AR1, AR2 y AR3 con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1 y respecto de las relacionadas con la integración del expediente clínico, debiendo enviarse a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Colabore con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la denuncia que se presente ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2 y AR3 con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

QUINTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral dirigido al personal de Urgencias del Hospital Bicentenario sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en el derecho a la protección a la salud relacionado con la GPC para Riesgo de Enfermedad Vascul ar Cerebral en Adultos y la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de la Cefalea Aguda en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, así como con el contenido de la Recomendación General 29/2017 emitida por este Organismo Nacional y la aplicabilidad del *“Manual del expediente clínico electrónico”* de la Secretaría de Salud, debiendo asegurarse que entre los asistentes se encuentre AR1, AR2 y AR3. Debiendo estar disponibles de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad y remitir 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, emitir una circular dirigida al personal de urgencias del Hospital Bicentenario con medidas adecuadas de supervisión en la integración del expediente clínico y de las labores de prevención en la atención médica para



garantizar que se agoten las instancias pertinentes para satisfacer los tratamientos médicos conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se supervise durante seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas para garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales que se remitirán a este Organismo Nacional.

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

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

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, deberá 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