RECOMENDACIÓN No. 138 /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 QV, POR PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL "DR. SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL" DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN DURANGO, DURANGO.

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 al 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2019/4643/Q**, relacionado con el caso de V.

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 y 1º, 3º, 9 y 11 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de

las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Claves	Denominación
QV	Persona Quejosa Víctima
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable

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

Denominación:	Acrónimo:
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	Comisión Nacional u Organismo Nacional
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	ISSSTE
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	OIC-ISSSTE
Procuraduría General de la República, hoy Fiscalía General de la República.	PGR, hoy FGR

Denominación:	Acrónimo:
Hospital General "Dr. Santiago Ramón y Cajal" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Durango, Durango.	Hospital del ISSSTE en Durango
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Reglamento de la Ley General de Salud.

I. HECHOS.

5. El 20 de mayo de 2019, esta Comisión Nacional recibió la queja de QV a través de un escrito remitido por la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango, en la que expuso que el 16 de enero de 2018, parentesco V ingresó al servicio de Urgencias del Hospital del ISSSTE en Durango, ya que tenía insuficiencia [redacted] y [redacted]; sin embargo, en tal nosocomio recibió una atención médica negligente y fue dado de alta el día 22 de ese mismo mes y año.

6. Por la tarde del 22 de enero de 2018, QV y V acudieron nuevamente al Hospital del ISSSTE en Durango, en donde solicitaron consulta dentro del *"programa del paciente* [redacted] *(sic)* que forma parte del mismo hospital. Debido a que la dificultad para respirar continuaba, fue nuevamente internado en el servicio de Urgencias, donde su estado de salud se fue deteriorando hasta que Fecha [redacted], en el área de Terapia Intensiva, V falleció.

7. QV preguntó al personal médico interviniente sobre la causa de la muerte de V y le dijeron que fue por una neumonía que adquirió en el hospital.

8. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/1/2019/4643/Q**, y a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos, se solicitó diversa información al ISSSTE, la cual incluyó el expediente clínico de V, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de esta Recomendación.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

II. EVIDENCIAS.

9. Oficio 1451/19 de 14 de mayo de 2019, mediante el cual la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Durango remitió a esta Comisión Nacional la queja presentada por QV respecto a la negligente atención médica que V recibió en el Hospital del ISSSTE en Durango.

10. Oficio DNSC/SAD/JSCDQR/DAQMA/3736-1/19, de 20 de agosto de 2019, mediante el cual el ISSSTE da respuesta al oficio 39746 proporcionando información sobre la atención brindada a V, y de la que se destaca la siguiente:

10.1. Oficio 0251/2019 de 09 de agosto de 2019, a través del cual el Director del Hospital del ISSSTE en Durango proporcionó un informe detallado sobre el diagnóstico, atención y tratamiento médico que se brindó a V.

10.2. Hoja de Urgencias de 15 de enero de 2018, de la que desprende que V la fecha y hora de admisión siendo esta última a las 21:24 horas con dolor en el pie izquierdo, malestar general, astenia (sensación de falta de fuerzas, cansancio o debilidad) y adinamia (disminución de iniciativa física y movimiento por extrema debilidad muscular).

10.3. Hoja de ingreso hospitalario de fecha 16 de enero de 2018 al servicio de Angiología del Hospital de ISSSTE de Durango.

10.4. Hojas de Evolución del servicio de angiología que indicó que el día 16 de enero de 2018 V presentó padecimiento de 15 días de evolución, condición de salud [redacted] El día 17 de enero de 2018, V presentó presión arterial con tendencia a la hipotensión, frecuencia cardiaca elevada, miembro pélvico izquierdo con volumen, consta también que fue valorado ese mismo día por Cardiología estableciendo que no requería manejo por parte de Cardiología; el día 18 de enero de 2018, valorado por angiología presenta tos por acceso y escasa secreción blanquecina, el día 19 de enero de 2018, valorado por un interno de pregrado, continuó con [redacted] y [redacted] y baja [redacted]; el día 20 de enero de 2018, en la valoración de V por el servicio de cirugía general, lo reportaron con buena evolución, enema en el pie, sin tos y sin disnea; el día 21 de enero de 2018, valorado en cirugía general lo reportan

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

con taquicardia, ansioso, con problemas de insomnio, extremidades con edema, sin dificultades respiratorias, ni datos de alteraciones neurológicas.

10.5. Alta voluntaria de V, de 18 de enero de 2018 (sic).

10.6. Hoja de urgencias de 22 de enero de 2018 que indicó el reingreso de V el mismo día a las 20:43 horas, por dificultad [redacted] y [redacted], [redacted], temperatura de [redacted], aumento de la trama [redacted] y [redacted], le diagnostican [redacted] [redacted] y [redacted].

10.7. Hoja de evolución de 23 de enero de 2018, referida como Nota de Ingreso al Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos a las 14:00 horas, de la que se desprende que V se encontraba en malas condiciones generales e impresión diagnóstica de neumonía asociada a cuidados de la salud, diabetesmellitus, insuficiencia respiratoria tipo II, acidosis metabólica y respiratoria, choque séptico de origen pulmonar.

10.8. Hoja de evolución de 24 de enero de 2018, donde los internistas informaron que V continuaba con inestabilidad hemodinámica y ventilatoria, falla renal aguda y desequilibrio hidroelectrolítico.

10.9. Hoja de evolución de 25 de enero de 2018, en la que se señaló que V cayó en paro cardiorrespiratorio, se realizaron maniobras de reanimación por 15 minutos, se suspendieron y dio por médicamente sin vida a V el 25 de enero de 2018, a las 9:30 horas, con diagnóstico de neumonía nosocomial, diabetes mellitus e insuficiencia vascular periférica. Se agregó en la misma hoja de evolución que a las 12:40 la unidad de epidemiología reportó como positivo a V [redacted]condición de salud[redacted]

11. Certificado de defunción de V de la que se desprende como causas de la defunción neumonía intrahospitalaria, diabetes mellitus e insuficiencia vascular periférica.

12. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/5287-1/19 de 7 de noviembre de 2019, remitido por el ISSSTE y por el que se envío a este Organismo Nacional las notas médicas de la atención brindada a V, y del que se destaca lo siguiente:

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

12.1. Oficio 381 de 29 de octubre de 2019, suscrito por el Director Médico del Hospital del ISSSTE de Durango al que adjuntó diversa documentación referente a la atención brindada a V, entre ellas, las hojas de enfermería, alta voluntaria del día 18 de enero de 2018 (considerando que existe un error en la fecha), e informó que no contaban con las notas médicas del 22 de enero de 2018, ni indicaciones médicas de los días 21 y 22 de enero de 2018, así como tampoco hoja de egreso del día 25 de enero de 2018.

13. Opinión Médica Especializada elaborada el 4 de junio de 2020 por esta Comisión Nacional respecto de la atención médica brindada a V en el Hospital del ISSSTE en Durango.

14. Oficio FEMDH/DGPCDDHQI/837/2021, recibido en este Organismo Nacional el 05 de octubre de 2021, al que se adjuntó el memorándum FEMDH/DGPCDHQI/DAQI/938/2021, fechado el 1º de octubre de 2021, por medio del cual la Dirección General de Promoción de la Cultura en Derechos Humanos, Quejas e Inspección de la FGR proporcionó información respecto a la Carpeta de Investigación 1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

15. El 25 de enero de 2019, QV presentó denuncia de hechos ante la entonces PGR en contra del personal médico del Hospital del ISSSTE de Durango, por el fallecimiento de V.

16. El 05 de octubre de 2021, la FGR informó a esta Comisión Nacional que la determinación de No Ejercicio de la Acción Penal dictada en la Carpeta de Investigación 1 fue debidamente notificada a QV el 24 de septiembre de 2019, transcurriendo el término establecido en el artículo 258 del Código Nacional de Procedimiento Penales[1], sin que se recurriera tal determinación, razón por la cual dicha carpeta se encuentra sobreseída.

17. No se tiene constancia de que se haya radicado expediente de responsabilidad en el OIC-ISSSTE.

[1] 10 días posteriores a la notificación, ante Juez de Control.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

18. Del análisis lógico jurídico realizada al conjunto de hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2019/4643/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con un 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, tanto de la SCJN y de la CrIDH, se contó con evidencias que acreditan las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4 (de los cuales se desconoce su nombre) y AR5, personal médico adscrito al Hospital del ISSSTE de Durango, protección de la salud y a la vida, cometidas en agravio de V; y al acceso a la información en materia de salud, en agravio de QV.

19. Lo anterior, en razón a las consideraciones expuestas en el presente apartado:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

20. La protección de la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel[2]; así como el artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

21. Es atinente la jurisprudencia administrativa que señala 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 calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (…)."*[3]

[2] CNDH. Recomendaciones 67/2021, p. 34; 28/2021, p. 32; 5/2021, p. 21; 52/2020, p. 42; 23/2020, p. 36; 47/2019, p. 34; 26/2019, p. 36; 21/2019, p. 33; 1/2018, p. 17; 56/2017, p. 42; 50/2017, p.22; 66/2016, p. 28 y 14/2016, p. 28.

[3] 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.

22. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud afirma que *"el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano",* para lo cual los Estados deben garantizar que el servicio de prestación de salud público cumpla, cuando menos, con las siguientes características:

22.1. Disponibilidad: Establecer el número suficiente de hospitales, centros de salud, y programas destinados a la protección integral de la salud de los habitantes en todas sus épocas de vida.

22.2. Accesibilidad: Garantizar que la atención médica y medicamentosa que se brinde en los centros y establecimientos de salud sea otorgada sin discriminación y se encuentren al alcance geográfico y económico de toda la población, en especial de los grupos considerados en situación de vulnerabilidad.

22.3. Aceptabilidad: Lograr que el personal encargado de brindar los servicios de salud sea respetuoso de la ética médica, de la confidencialidad y de las características inherentes a la personalidad de las personas beneficiarias.

22.4. Calidad: Que los establecimientos de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.

23. 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 (…)."*

24. El artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[4], señala que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel de vida posible de salud física y mental.

25. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió

[4] Ratificado por México en 1981.

como *"(…) un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.* [Su] *efectividad (…) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (…) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (…)."*[5]

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

27. En los artículos 10.1, así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales *("Protocolo de San Salvador")*, se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

28. La CrIDH en el *"Caso Vera Vera y otra vs Ecuador"*[6] estableció que: *"(…) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (…)."*

29. Este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General 15 *"Sobre el derecho a la protección de la salud"*, en la que se aseveró que: *"(…) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (…) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad."* [7]

---

[5] *"El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud",* aprobada por la Asamblea General de la ONU.

[6] Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

[7] CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.

30. En el caso particular, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, personal médico adscrito al Hospital del ISSSTE en Durango, omitieron brindar a V la atención médica adecuada y oportuna en su calidad de garante que les obligan las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con los numerales 22, 23 y 66 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, vigente al momento de los hechos, lo que se tradujo en una mala praxis[8] y, en consecuencia, la evidente violación a su derecho humano a la protección de la salud que derivó en la pérdida de su vida, como se esgrimirá.

A.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A V.

31. Previamente al análisis de las acciones y omisiones en que incurrió el personal médico del Hospital del ISSSTE en Durango, es de resaltar los siguientes antecedentes clínicos de V, esto es, V acudió el 15 de enero de 2018, al área de urgencia del Hospital del ISSSTE en Durango, con motivo de un dolor en el pie izquierdo, malestar general, astenia (sensación de falta de fuerzas, cansancio o debilidad) y adinamia (disminución de iniciativa física y movimiento por extrema debilidad muscular)

- **Atención médica en el Hospital del ISSSTE en Durango del 15 al 22 de enero de 2018.**

32. En la valoración realizada el 16 de enero de 2018 a V por AR1, lo encontró con palidez de piel, hipotensión, glucosa en rango, pie con edema y rojo, con aumento de temperatura, datos que orientan a proceso severo infeccioso, sin que se informara en la nota el resto de los signos vitales.

33. El 16 de enero de 2018, mediante valoración por médico cirujano, sin poder establecerse nombre completo y firma debido a lo ilegible del fotocopiado, al explorar físicamente a V encontró condición de salud [redacted] pulsos presentes y normales, [redacted]

[8] De acuerdo con Cristina Cerquella Senecal, en *"Responsabilidad profesional de Enfermería"*, la mala praxis comprende el error, la negligencia, la impericia, la falta de cuidados asistenciales, la falta de información o consentimiento informado, la omisión de deber de auxilio, la violación del secreto profesional, o el intrusismo en que incurra la persona profesional de la salud en su atención al paciente.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

sin salida de material purulento, por lo que estableció iniciar esquema de antibióticos, analgésico y protector de mucosa gástrica.

34. El 16 de enero de 2018, V fue valorado por AR2, quien en las indicaciones médicas lo diagnosticó con pie [redacted] y sin [redacted] que no refirió en sus notas médicas de ese día, pero si fue manejado al prescribir un antitusígeno cada 8 horas, como consta en la hoja de enfermería de ese día.

35. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional que las notas médicas de AR2 son escuetas e incompletas, siendo omisa en la realización de una exploración física completa con toma de signos vitales, como es obligado y según lo señala la Norma Oficial Mexicana NOM-004.SSA3-2012, del Expediente Clínico, de la misma forma no constan notas médicas de valoración por el servicio de urgencias, donde estaba siendo atendido, estableciendo una actuación médica inadecuada por parte del servicio médico de urgencias de los tres turnos, quienes se desentendieron de V, al no realizar valoraciones.

36. V fue valorado el 17 de enero de 2018 nuevamente por AR2, quien lo reportó con tensión arterial, con tendencia a la hipotensión, frecuencia cardiaca elevada, miembro pélvico izquierdo con aumento de volumen y rojo.

37. En relación con la última indicación, la Opinión Médica Especializada realizada por esta Comisión Nacional, precisó que en el expediente clínico no consta que se haya realizado una adecuada exploración física a V para determinar el origen de la hipotensión, así como tampoco de los accesos de tos que fueron documentados por enfermería, tampoco se solicitó la toma de un ultrasonido *"doppler"*[9], para evaluar el flujo sanguíneo del miembro pélvico, omisiones que ponen en evidencia una atención negligente por parte de AR2, lo que significó un retraso en el tratamiento especializado que ameritaba e inobservó lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que establece en su artículo 9 "*La atención médica deberá*

[9] La ecografía Doppler es una prueba no invasiva que calcula el flujo de la sangre en los vasos sanguíneos haciendo rebotar ondas sonoras de alta frecuencia. Recuperado de https://www.google.com/search?q=qu%C3%A9+es+un+doppler&rlz=1C1GCEU_esMX958MX958&oq=qu%C3%A9+es+un+%E2%80%9Cdoppler&aqs=chrome.1.69i57j0i512l9.4007j1j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8#:~:text=La%20ecograf%C3%ADa%20Doppler%20es%20una%20prueba%20no%20invasiva%20que%20calcula%20el%20flujo%20de%20la%20sangre%20en%20los%20vasos%20sangu%C3%ADneos%20haciendo%20rebotar%20ondas%20sonoras%20de%20alta%20frecuencia consultado el 6 de diciembre de 2021.

llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica (…).”

38. El 17 de enero de 2018, V fue valorado por AR3, del área de cardiología, dada la taquicardia que presentó, en esta consulta se indicó que V no requería manejo por cardiología.

39. Al respecto, la Opinión Médica Especializada emitida por este Organismo Nacional señaló que AR3 omitió realizar una exploración física completa, ya que únicamente estableció una impresión diagnóstica con un electrocardiograma, sin considerar más datos clínicos o solicitar estudios de gabinete que le permitieran descartar que la persistencia de taquicardia e inicio agudo de tos y ansiedad no eran secundarios o de origen cardiaco, actuación médica inadecuada de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que dispone en su artículo 9 que *“(…) la atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”* y con el Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que indica en su artículo 22 que “*El Médico Tratante será el responsable ante el Instituto y sus Pacientes, de los diagnósticos y tratamientos que establezca dentro de las instalaciones del Instituto, de igual manera tendrán responsabilidad la enfermera, el personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y demás personal que intervenga en el manejo del Paciente, respecto al servicio que cada uno proporcione, en los términos de la legislación y normatividad aplicable.”*

40. En la valoración que realizó AR2 el 18 de enero de 2018, reportó a V con signos vitales con tendencia a la hipotensión, taquicardia, sin fiebre, y que el paciente se refería con tos por accesos y escasa secreción blanquecina.

41. Al respecto, la Opinión Médica Especializada de esta Comisión Nacional concluyó que AR2 omitió una vez más realizar una exploración física completa a V, intencionada y dirigida en la búsqueda de la hipotensión, de los accesos de tos, describiendo la evolución de la celulitis del miembro afectado, obligados para establecer un diagnóstico de certeza y manejo oportuno, incumpliendo lo establecido en la Ley General de Salud, que señala en su artículo 33 *“(…) Las actividades médicas son (…) II. Curativas, que tienen como fin efectuar un*

diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno (…)" y con el Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que indica en su artículo 22 que "*El Médico Tratante será el responsable ante el Instituto y sus Pacientes, de los diagnósticos y tratamientos que establezca dentro de las instalaciones del Instituto, de igual manera tendrán responsabilidad la enfermera, el personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y demás personal que intervenga en el manejo del Paciente, respecto al servicio que cada uno proporcione, en los términos de la legislación y normatividad aplicable."*

42. El día 19 de enero de 2018, V quedó a cargo de un interno de pregrado, quien informó que presentaba tos seca sin secreción, signos vitales con persistencia de taquicardia y tendencia a la hipotensión, baja saturación de oxígeno en sangre, datos compatibles con enfermedad pulmonar. Dado que la valoración e indicaciones en el tratamiento de V fueron hechas por un interno de pregrado que no tiene la experiencia y conocimientos en el manejo de este tipo de pacientes graves, se incumplió la Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA3-2013 Educación en Salud que indica *"(…) 8.8. Los internos deben participar en la integración del expediente clínico bajo la supervisión del personal médico de la sede o subsede y atendiendo a lo dispuesto por la norma oficial mexicana citada (…)",* lo que dificultó la integración de un diagnóstico de certeza y manejo oportuno al no hacer uso de los recursos institucionales y solicitar los estudios de necesarios para confirmar oportunamente una patología pulmonar, lo que establece una actuación médica inadecuada, según lo establecido en el Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que indica en su artículo 22 "*El Médico Tratante será el responsable ante el Instituto y sus Pacientes, de los diagnósticos y tratamientos que establezca dentro de las instalaciones del Instituto, de igual manera tendrán responsabilidad la enfermera, el personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y demás personal que intervenga en el manejo del Paciente, respecto al servicio que cada uno proporcione, en los términos de la legislación y normatividad aplicable."*

43. El día 20 de enero de 2018, V fue valorado por el servicio de cirugía general, AR4, sin nombre completo del cirujano que la realizó, ya que sólo puso una rúbrica, informó lo siguiente: *"paciente con buena evolución, con edema en pie, continuamos mismo manejo, se refiere asintomático sin tos sin disnea"*. Es

importante señalar que en el expediente clínico no constan otras valoraciones del servicio de angiología.

44. El 21 de enero de 2018, AR5 reportó a V con taquicardia, sin fiebre, inquieto, ansioso, con problemas de insomnio, con edema y que en ese momento se encontraba sin datos de dificultad respiratoria ni datos de alteración neurológica, por lo que continuó con el tratamiento establecido, constando ello en la hoja de enfermería de ese día manejo con analgésicos, dos antibióticos, protector de mucosa gástrica y un reductor de frecuencia cardiaca, omitiendo los médicos tratantes adscritos a los turnos vespertino y nocturno brindarle vigilancia médica estrecha, como lo ameritaba su estado de salud, confirmando lo anterior al no existir notas médicas y de indicaciones en el expediente clínico.

45. Debido a su estado grave y la falta de vigilancia por parte del personal médico, V manifestó que ya no quería permanecer en ese nosocomio, sin omitir precisar que sus condiciones psíquicas y físicas no eran las óptimas para realizar una solicitud de esa naturaleza.

46. Al respecto, esta Comisión Nacional advirtió que la hoja de solicitud de alta de V del servicio de angiología, sólo aparece su nombre y firma, sin que consten los nombres de los testigos sino sólo una rúbrica, además de que el documento tiene una fecha que no corresponde a la en que fue dado de alta voluntaria, incumpliendo con lo que se establece en el artículo 79 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, donde se informa que dicho documento debe elaborarse con todos los datos de identificación del paciente, con fundamentos y en caso de egreso voluntario, aún en contra de la recomendación médica, el usuario, en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal, deberán firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que igualmente deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos de los cuales uno será designado por el hospital y otro por el usuario o la persona que en representación emita el documento.

- **Atención médica en el Hospital del ISSSTE en Durango, del 22 al 25 de enero de 2018**

47. El 22 de enero de 2018, V reingresó a servicios de urgencias del Hospital del ISSSTE en Durango en menos de 24 horas después de su alta voluntaria, donde

se le encontró con persistencia del cuadro de dificultad respiratoria y fiebre, así como alucinaciones y tos productiva, con hipotensión, taquicardia, saturación de oxígeno baja, procediendo a solicitarse exámenes de laboratorio y de gabinete para una debida integración del diagnóstico y manejo del tratamiento.

48. Se tiene registro en el expediente clínico que mediante una radiografía de tórax se le diagnosticó neumonía, para lo cual se le brindó tratamiento, así como para el pie diabético, solicitando perfil viral ante la posibilidad de una infección viral nosocomial.

49. En la Opinión Médica Especializada de esta Comisión Nacional se determinó que el manejo de V en esta etapa fue apegado a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

50. El 23 de enero de 2018, en la valoración del servicio de urgencias, a V se le reportó con signos vitales con taquicardia, hipotenso, con oxigeno suplementario con puntas nasales, con inadecuada mecánica ventilatoria, somnoliento, desorientado, con agitación psicomotriz, confuso, pálido y subhidratado, con sibilancias bilaterales difuso, disminución de murmullo vesicular, uso de musculatura accesoria, radiografía de tórax con ocupamiento alveolar bilateral intersticial patrón difuso atípico, de acuerdo a la opinión del Médico Legista de este Organismo Nacional, todos los datos anteriores indicaban un deterioro respiratorio por patología pulmonar de origen infeccioso, así como presencia de bajos volúmenes urinarios que se relaciona con falla renal, por lo que se le dio tratamiento y se continuaron con estudios, reportándolo grave e informando a la familia que podría requerir apoyo ventilatorio.

51. El 23 de enero de 2018, a las 14:00 horas, ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde continuó su atención con manejo ventilatorio, integrando los diagnósticos de [redacted] asociada a cuidados de la salud, [redacted] insuficiencia [redacted], [redacted] y respiratoria, además de choque séptico de origen pulmonar.

52. Para el 24 de enero de 2018, la salud de V continuó deteriorándose a una disfunción orgánica múltiple, reportándolo como grave y con falta de respuesta a los ajustes médicos.

53. El 25 de enero de 2018, V presentó bradicardia sin detección de tensión arterial, seguido de asistolia, se iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar por 15 minutos sin resultados satisfactorios por lo cual se declaró el fallecimiento de V a las 9:30 horas de ese día, con diagnóstico de neumonía nosocomial, diabetes mellitus e insuficiencia vascular periférica.

54. A las 12:40 horas del mismo 25 de enero de 2018, el servicio de epidemiología reportó el resultado para influenza en plataforma SINAVE (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica) como POSITIVO a INFLUENZA tipo A no subtipificado.

55. Por lo anterior, en la Opinión Médica Especializada de esta Comisión Nacional se concluyó que el manejo médico de V en el Hospital del ISSSTE en Durango del 15 al 22 de enero de 2018, fue inadecuado y omiso, específicamente por el área de urgencias, angiología cardiología y cirugía, lo que contribuyó a una dilación injustificada para diagnosticar que V cursaba una neumonía por influenza tipo A, que posteriormente se documentó a menos de 24 horas de su alta voluntaria, entidad clínicamente grave de elevada mortalidad, lo que derivó directamente en su lamentable fallecimiento.

56. Lo anterior ameritaba notificación epidemiológica, ya que se expuso innecesariamente a todo el personal de salud que tuvo conocimiento o estuvo a cargo del paciente en este internamiento, omitiendo medidas de protección universal por ser una enfermedad altamente infectocontagiosa.

57. Las conductas inadecuadas y omisas de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, trajeron como consecuencia la transgresión del artículo 15 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, que establece *"(…) El Médico Tratante será el responsable ante el Instituto y sus pacientes, de los diagnósticos y tratamientos que establezca dentro de las instalaciones del Instituto, de igual manera tendrán responsabilidad la enfermera, el personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto al servicio que cada uno proporcione, en los términos de la legislación y normatividad aplicable (…)"*.

58. Cabe mencionar que el 23 de agosto de 2019, el ISSSTE remitió a esta Comisión Nacional el informe médico elaborado por el Director Médico del Hospital del ISSSTE en Durango, quien describió la atención médica que se brindó a V, y

pretendió acreditar que se le brindó una atención médica apegada a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

59. Sin embargo, como ya se ha señalado, del día 15 al 22 de enero de 2018, la atención médica brindada a V en el Hospital del ISSSTE en Durango, fue inadecuada y omisa, lo que retrasó el diagnóstico temprano y manejo idóneo que imposibilitó integrar adecuadamente un diagnóstico y tratamiento oportuno de neumonía intrahospitalaria por influenza tipo A, y así evitar las complicaciones asociadas a la misma, que fueron lo que lamentablemente causaron el fallecimiento de V, al no implementar un manejo médico oportuno y adecuado.

60. Con relación a AR1, no especificó en la nota la dosis, el motivo y quien había prescrito el antibiótico que estaba tomando V, al ingresar hizo el reporte de todos los signos vitales de valoración que presentaba V a su ingreso en urgencias, los días 16, 17 y 18 de enero de 2018,

61. Durante la intervención de AR2 las notas son escuetas e incompletas, y es omisa en la realización de una exploración física completa, con toma de signos vitales, buscando el origen de la hipotensión de los accesos de tos que fueron documentados por enfermería, tampoco realizó una correcta exploración del miembro pélvico con toma de ultrasonido *"doppler"* para evaluar la viabilidad del flujo sanguíneo.

62. En cuanto a AR3 (del cual se desconoce su nombre completo, cargo, especialidad y cédula profesional debido a que se anotó de forma ilegible) médico de cardiología, omitió de igual manera realizar una exploración física completa, concretándose a establecer una impresión diagnóstica con un electrocardiograma, sin considerar más datos clínicos o solicitar estudios de gabinete que le permitiera descartar que la persistencia de la taquicardia e inicio de tos y ansiedad no eran secundarios o de origen cardiaco.

63. Por su parte, AR4 y AR5 omitieron una atención médica integral para su condición de salud, toda vez que no existen notas médicas y de indicaciones, como lo ameritaba el estado de salud de V.

64. En consecuencia, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 personal médico adscrito al Hospital del ISSSTE, en Durango, incumplieron con el deber de garantizar con

calidad y oportunidad los servicios de salud para V, habiendo elevado el riesgo médico permitido que derivó en su fallecimiento, lo que en sí mismo constituye una inadecuada atención médica, contraviniendo lo dispuesto en los artículos 1º, 2º, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III; 32, 33, fracciones I y II de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V tutelado en los artículos 4°, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 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.

65. A fin de garantizar una adecuada atención médica se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.[10]

66. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

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

68. Por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo para garantizar una vida saludable y se promueva el bienestar para todas las personas a cualquier edad; por ello, se requiere reforzar los servicios hospitalarios a fin de que el personal médico asuma con

[10] Resolución 70/a de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, titulada *"Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible".*

responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a sus pacientes de manera adecuada y con base en los protocolos existentes para cada padecimiento.

A.2. MÉDICOS RESIDENTES.

69. De las evidencias con que contó este Organismo Nacional, se advirtió que en la atención médica que se brindó a V intervino el Interno de Pregrado, pero no existe evidencia que permita advertir que contó con supervisión del personal profesional médico de base responsable de su control, asesoría y evaluación, situación que resulta preocupante; tal omisión puede ocasionar graves consecuencias en la salud de los pacientes, máxime que aún se encuentran en fase de formación.

70. Por lo tanto, se infringieron los numerales 5.7, 9.3.1 y 10.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012 *"Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas"*, publicada el 4 de enero de 2013, que en términos generales prevén que los médicos residentes estarán bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular o adjunto en las actividades diarias, asistenciales y de guardia, académicas y de investigación que lleven a cabo los mismos durante su residencia.

71. Lo anterior debido a que los médicos residentes cursan estudios de especialización que constituyen el conjunto de actividades académicas y prácticas que realizan con el propósito de obtener conocimientos amplios y capacitarse en el ejercicio de alguna rama de la medicina; en ese sentido, los médicos en proceso de formación de una especialidad, podrán atender a los pacientes, pero siempre bajo la supervisión de un médico responsable, excepto cuando se encuentre en riesgo inminente la vida del paciente.

72. La falta de personal médico que supervisara al Interno de Pregrado inobservó los numerales 9, 9.3.1, 9.5, 10, 10.5, 11 y 11.4 de la referida Norma Oficial sobre Residencias Médicas, que puntualizan que los médicos en proceso de formación de la especialidad podrán atender a los pacientes que se les encomiende, siempre que estén sujetos a las indicaciones y asesoría de los médicos adscritos de base, lo que en el caso particular no aconteció.

B. DERECHO A LA VIDA.

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

74. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que *"El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (…) no sólo prohíbe la privación de la vida (…), también exige (…) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (…) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (…) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (…) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (…)".*[11]

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

76. 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 encuentre bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.[12]

77. La CrIDH ha establecido que *"El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, (…). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (…) comprende, no sólo el derecho (…) de no ser privado de la vida (…), sino (…) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le*

[11] 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 16319.

[12] CNDH, Recomendación 35/2016, párrafo 180.

garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (…) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (…)"13, asimismo *"(…) juega un papel fundamental (…) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (…)".*[14]*; así como* el caso *"Niños de la Calle vs. Guatemala"* la CrIDH señaló que la protección activa del derecho a la vida por parte del Estado, involucra a todas sus instituciones.[15]

78. Este Organismo Nacional ha sostenido 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*".[16]

79. 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, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida, como se analizará en seguida.

B.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA VIDA DE V.

80. V falleció a las 09:30 horas del 25 de enero de 2018, y conforme a lo señalado en su certificado de defunción, la causa se debió a neumonía intrahospitalaria, diabetes mellitus e insuficiencia vascular periférica.

81. Como se precisó en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, fueron omisos al no realizar a V una adecuada

[13] CrIDH. *Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Párrafo 144.

[14] CrIDH. Caso *Familia Barrios vs. Venezuela*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

[15] *Caso `Niños de la Calle´ (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala"* sentencia de Fondo, 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

[16] CNDH. Recomendación 75/2017. Párrafo 61.

exploración física y semiológica de sus padecimientos para establecer un diagnóstico de certeza para brindarle el tratamiento oportuno para su condición de salud, ya que aun ante los evidentes datos de enfermedad respiratoria y las señales tempranas de afectación a nivel renal, no instauraron las medidas necesarias para emitir un diagnóstico y el manejo idóneo para la atención de la neumonía intrahospitalaria por influenza tipo A y evitar las complicaciones que llevaron a su fallecimiento.

82. De esta forma incumplieron lo señalado en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud que dispone: "*Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (…)*" en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica: "*CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (…)*".

83. El personal médico tratante mencionado incumplió el "*Código de conducta para el Personal de Salud 2002*", que en el rubro de "*Estándares de trato profesional"* establece en los puntos 2 y 3 lo siguientes: "*Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta*", "*Se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya* utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes".

84. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4º, párrafo cuarto, constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. En el presente caso, los médicos involucrados debieron valorar adecuadamente a V, instaurar las medidas necesarias para diagnosticar y otorgar un adecuado tratamiento farmacológico a fin de que se lograra su estabilización y evitar las complicaciones que le propiciaron la pérdida de la vida.

85. De lo expuesto, este Organismo Nacional concluye que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de V previstos en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, 4°, párrafo cuarto

constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud y el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013.

86. La elevación del riesgo permitido repercutió en el deterioro de su salud, así como en el posterior y lamentable fallecimiento de V, vulnerando con ello su derecho humano a la vida y lo establecido en los artículos 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

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

87. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a información, en ese sentido este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,[17] párrafo 27, 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."*

88. Asimismo, la CrIDH en el *"Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador"*, sostuvo 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."*[18]

89. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 *"Del expediente clínico"*, establece que *"el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (…) integrado por documentos*

[17] CNDH. *"Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud"*, 31 de enero de 2017.

[18] CrIDH. *"Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador"*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (…), mediante los cuales se hace constar (…) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (…) datos acerca del bienestar físico, mental y social (…).”[19]

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

91. 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 el estado de salud de la persona.[20]

92. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades que este Organismo Nacional encontró con motivo de la queja presentada por QV en agravio de V.

C.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

93. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que V ingresó el 15 de enero de 2018, al área de urgencia del Hospital del ISSSTE en Durango, con motivo de un dolor en el pie izquierdo, malestar general, astenia

[19] Introducción, párrafo segundo.

[20] CNDH, párrafo 34.

(sensación de falta de fuerzas, cansancio o debilidad) y adinamia (disminución de iniciativa física y movimiento por extrema debilidad muscular) y fue valorado por AR1, quien omitió anotar en la nota médica todos los signos vitales, asimismo tampoco obra en las copias del expediente de queja la hoja de enfermería de ese día, incumpliendo con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, 4.4 Expediente clínico 5.14 El expediente clínico se Integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización (…). 6.1.2 *"Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales. 6.2 Nota de evolución. Deberá elaborar el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente: 6.2.1 Evolución y actualización del cuadro clínico. 6.2.2 Signos vitales (…)."*

94. También los médicos de urgencia de los tres turnos se desentendieron de V al no realizar valoraciones ni registrarlas en el expediente clínico mientras estaba en espera de ser llevado a piso de angiología incumpliendo con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico *"... 5.14 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización… 6.2 Nota de evolución. Deberá elaborar el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente: 6.2.1 Evolución y actualización del cuadro clínico. 6.2.2 Signos vitales..."*

95. En relación a la valoración que realizó AR2, a su ingreso el 16 de enero de 2018, al área de angiología fue omisa en señalar sus notas médicas que la familiar de V le refirió que había iniciado con tos seca el 16 del referido mes y año, como se hizo constar en la hoja de enfermería de ese día, por lo que las notas médicas de AR2 fueron incompletas, lo que incumplió con lo establecido en el numeral 8 de la NOM 004 SSA3 2012 *"Del expediente clínico"* que señala: *"De las notas médicas en hospitalización, 8.1. De ingreso. Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes: 8.1.1 Signos vitales; 8.1.2 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental; 8.1.3 Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; 8.1.4 Tratamiento y pronóstico. 8.2 Historia clínica. 8.3 Notas de evolución..."*.

96. En cuanto a AR3 y AR4, de quienes se desconoce sus nombres, cargos, así como cédula profesional, toda vez que se escribieron de forma ilegible en la nota

clínica, con lo que incumplió con lo dispuesto en el numeral 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012 "*Del expediente clínico",* el cual establece claramente que las notas en el expediente clínico deberán contener el nombre completo de quien las elabora.

97. Así también AR3, AR4 y AR5, incumplieron en lo referente a su apartado 6.2 Nota de Evolución. *"Deberá elaborar el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente: 6.2.1 Evolución y actualización del cuadro clínico. 6.2.2 Signos vitales (...)."*

98. En el expediente médico que obra en esta Comisión Nacional también se observa que en la atención que brindó el interno de pregrado, con valoración física incompleta con se observa en las notas médicas escuetas e inconclusas, se incumple con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, *"4.4 Expediente clínico 6.2 Nota de evolución. Deberá elaborar el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente: 6.2.1 Evolución y actualización del cuadro clínico. 6.2.2 Signos vitales (…)."*

99. En cuanto al alta voluntaria de V, además de que la misma no se realizó conforme a lo establecido en el artículo 79 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, dicho documento debe elaborarse con todos los datos de identificación del paciente, con fundamentos y en caso de egreso voluntario, aún en contra de la recomendación médica, el usuario, en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal, deberán firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que igualmente deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos, de los cuales uno será designado por el hospital y otro por el usuario o la persona que en representación emita el documento, dicha alta también forma parte del expediente clínico, con lo cual al no encontrarse debidamente requisitado este documento se incumple con la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, en lo referente a su apartado 10.2 Hoja de egreso voluntario.

100. Las irregularidades descritas en la integración y llenado de las notas médicas contenidas en el expediente clínico de V constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer la

adecuada atención médica y las personas responsables de ésta con relación de las y los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, con lo cual se vulnera el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de su atención médica en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

101. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012 *"Del expediente clínico"* ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben.

102. A pesar de tales recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la referida norma oficial mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, por lo que, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

103. Cabe destacar que el 8 de septiembre de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la diversa NOM-024-SSA3-2010, *"que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud"*, la cual también es de observancia obligatoria en el sector público y para quienes presten servicios médicos de los sectores social y privado, que adopten sistemas de registros electrónicos en materia de salud; por ello, es indispensable que el ISSSTE considere su subsecuente aplicabilidad al ser considerado un: *"Sistema Informático que almacena los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser accesado por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su*

principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integral la atención y cuidados de salud".[21]

104. En el caso particular, AR1; AR2; AR3, AR4 y AR5 incumplieron con lo previsto en los artículos 6 y 7, fracciones I, III, IV, V, VI, VII y VIII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, vigente al momento de los hechos, así como lo dispuesto en el artículo 252 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público; en ese sentido, aun cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, así como brindar un trato digno y respetuoso contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

D. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS.

105. La responsabilidad de AR1 provino de su omisión en la especificación en su nota de la dosis, el motivo y quien había prescrito en antibiótico que estaba tomando V, al ingresar hizo el reporte de todos los signos vitales de valoración que presentaba V a su ingreso en urgencias, los días 16, 17 y 18 de enero de 2018.

106. AR1 inobservó lo establecido en el artículo 15 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, que establece *"(…) El Médico Tratante será el responsable ante el Instituto y sus pacientes, de los diagnósticos y tratamientos que establezca dentro de las instalaciones del Instituto, de igual manera tendrán responsabilidad la enfermera, el personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto al servicio que cada uno proporcione, en los términos de la legislación y normatividad aplicable (…)".*

107. AR2 realizó sus notas de forma incompleta y fue omisa en la realización de una exploración física completa con toma de signos vitales, como es obligado y

[21] Manual del expediente clínico electrónico emitido por la Secretaría de Salud en el año 2011, 1ª edición, pág.11.

según lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004.SSA3-2012, del Expediente Clínico.

108. Asimismo, AR2 no realizó una adecuada exploración física completa a V intencionada y dirigida en la búsqueda del origen de su hipotensión, así como de los accesos de tos, tampoco solicitó la toma de ultrasonido doppler para evaluar el flujo sanguíneo del miembro pélvico, omisiones que ponen en evidencia una atención negligente, lo cual significó un retraso en el tratamiento especializado que ameritaba y contravino lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

109. Por su parte, AR3 omitió realizar una exploración física completa, concretándose únicamente a establecer una impresión diagnóstica con un electrocardiograma, sin considerar más datos clínicos o solicitar estudios de gabinete que le permitieran descartar que la persistencia de taquicardia e inicio agudo de tos y ansiedad no eran secundarios o de origen cardiaco, actuación médica inadecuada con base en lo que establece el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

110. AR4 valoró a V el 20 de enero de 2018, quien inobservó lo establecido en la NOM-004.SSA3-2012, del Expediente Clínico, ya que en su nota médica no anotó su nombre completo y sólo puso una rubrica, lo que dificultó el seguimiento del paciente y su manejo hospitalario.

111. AR4 y AR5 omitieron brindar a V una atención médica integral tendente a recobrar una buena condición de salud, toda vez que no existen notas médicas y de indicaciones, como era su obligación hacerlo.

112. AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 fueron omisos, al no realizar a V una adecuada exploración física y semiológica de sus padecimientos para establecer un diagnóstico de certeza para brindarle el tratamiento oportuno para su condición de salud, ya que aun ante los evidentes datos de enfermedad respiratoria y las señales tempranas de afectación a nivel renal, no instauraron las medidas necesarias para emitir un diagnóstico y el manejo idóneo para la atención de la neumonía intrahospitalaria por influenza tipo A y evitar las complicaciones que llevaron al fallecimiento de V.

113. AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 personal médico adscrito al Hospital del ISSSTE, en Durango, incumplieron con el deber de garantizar con calidad y oportunidad los servicios de salud para V, habiendo elevado el riesgo médico permitido que derivó en su fallecimiento, lo que en sí mismo constituye una inadecuada atención médica, contraviniendo lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23; 27, fracción III; 32, 33, fracciones I y II de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V tutelado en los artículos 4°, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 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.

114. De lo anterior, se colige que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, médicos con la calidad de personas servidoras públicas al momento de ocurrir los hechos esgrimidos que vulneraron los derechos humanos de V, también con su conducta afectaron la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal, conforme a los dispuesto en los artículos 6 y 7, fracciones I, III, IV, V, VI, VII y VIII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, vigente al momento de los hechos.

115. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6°, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como en el artículo 63 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

> **115.1.** Queja ante el OIC en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y quien resulte responsable con motivo de las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de V, así como respecto a la integración del expediente clínico.

115.2. Denuncia ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y quien resulte responsable con motivo de la deficiente atención médica brindada a V que derivó en la pérdida de su vida.

116. La autoridad administrativa y ministerial encargadas de las investigaciones correspondientes, deberán tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación para que, en su caso, determinen las responsabilidades de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, y en contra de quien resulte en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

117. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr su efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

118. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I; 7, fracciones I, III y VI; 26; 27, fracciones I, II, III, IV y V; 62, fracción I; 64, fracciones I, II y VII; 65 inciso c); 73, fracción V; 74, fracción VI; 75, fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96; 99, fracción I; 106, 110, fracción IV; 111, fracción I; 112; 126, fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Victimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y al acreditarse 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 QV, deberán ser inscritos en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para lo cual,

este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

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

120. En el "*Caso Espinoza González vs. Perú*", la CrIDH asumió que: *"(…) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado"*, además precisó que *"(…) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos".*[22]

121. Sobre el *"deber de prevención"*, la CrIDH sostuvo que: *"(…) abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (…)."*[23]

[22] Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

[23] *"Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras"* Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.

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

i. Medidas de rehabilitación.

123. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye "la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales".

124. De conformidad con lo establecido por los artículos 27 fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a QV y demás familiares que en Derecho resulte procedente, la atención psicológica y tanatológica correspondiente, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta su sanación física, psíquica y emocional con motivo de la violación a derechos humanos cometida a V que derivó en la pérdida de su vida.

125. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para QV, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos, en su caso, deberán ser provistos por el tiempo necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos.

ii. Medidas de compensación.

126. La compensación, se encuentra establecida en los artículos 27, fracción III, 64 a 72 de la Ley General de Víctimas, la cual consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *"(…) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia."* [24] Por ello, el ISSSTE en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual se

[24] *"Caso Palamara Iribarne Vs. Chile"* Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.

remitirá copia de la presente Recomendación para que, en el ejercicio de sus atribuciones proceda conforme a Derecho.

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

- **Daño material.** Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la CrIDH como: las consecuencias 50/54 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.

- **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.

iii. Medidas de satisfacción.

128. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, la satisfacción comprende que el ISSSTE colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en ese Instituto y el Ministerio Público de la Federación correspondiente, en el seguimiento de la denuncia administrativa y en materia penal que se presentarán en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y quien resulte responsable, a fin de que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, e informe a esta Comisión Nacional su colaboración en las mismas.

iv. Medidas de no repetición.

129. De conformidad con lo establecido en los artículos 27, fracción V, 74 al 78 de la Ley General de Víctimas, estas consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

130. Al respecto, las autoridades del ISSSTE deberán implementar un curso integral en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, a todo el personal médico del servicio de urgencias, angiología, cardiología y cirugía del Hospital General "Dr. Santiago Ramón y Cajal" del ISSSTE en Durango, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como de la elaboración, integración, uso, manejo, archivo y conservación del expediente clínico y los documentos que lo integran, como herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud, en términos de lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, el cual deberá impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en la materia. El contenido de dicho curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad.

131. En el término de un mes, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal médico del área de urgencias, angiología, cardiología y cirugía del Hospital General "Dr. Santiago Ramón y Cajal" del ISSSTE en Durango, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con debida diligencia, probidad y profesionalismo.

132. Lo anterior, de conformidad en lo previsto por el *"Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a*

los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley"[25], en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que esta instancia emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, proceda a la reparación integral del daño a QV y demás familiares que en derecho proceda, con motivo del deceso de V, en términos de la Ley General de Víctimas, se le otorgue atención psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones expuestas que incluya una compensación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. El Instituto a su digno cargo colabore ampliamente con el OIC-ISSSTE en la presentación y seguimiento de la queja que este Organismo Nacional formulará en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y quien resulte responsable, con motivo de las irregularidades en la atención médica de V que derivaron en su fallecimiento, así como las relacionadas con la inadecuada integración del expediente clínico, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con la Fiscalía General de la República en la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional formulará en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y quien resulte responsable por la inadecuada atención médica proporcionada a V que derivó en su fallecimiento, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

[25] Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.

CUARTA. Se diseñe e imparta en el término máximo de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral a todo el personal médico del servicio de urgencias, angiología, cardiología y cirugía del Hospital General "Dr. Santiago Ramón y Cajal" del ISSSTE en Durango, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como de la elaboración, integración, uso, manejo, archivo y conservación del expediente clínico y los documentos que lo integran, como herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud, en términos de lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, y remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento, el cual deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que en el término de un mes, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita diversa circular dirigida al personal médico del área de urgencias, angiología, cardiología y cirugía del Hospital General "Dr. Santiago Ramón y Cajal" del ISSSTE en Durango, en la que se le exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

134. 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.

135. 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.

136. 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.

137. 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