

RECOMENDACIÓN No. 135/2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD, A LA VIDA Y A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V PERSONA CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 30 EN MEXICALI, ASÍ COMO EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 1 EN TIJUANA, AMBOS EN BAJA CALIFORNIA, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Ciudad de México, a 6 de julio de 2022

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; y 128 al 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2018/1823/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; y 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, y último párrafo, 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.

Denominación	Clave
Víctima	V
Víctima Indirecta	VI
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, ordenamientos y Normas Oficiales Mexicanas se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Denominaciones	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	Organismo Nacional o Comisión Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH

Denominaciones	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Guía de Práctica Clínica, Tratamiento Antirretroviral del Paciente Adulto con Infección por el VIH, IMSS-245-09.	Guía de Práctica Clínica TAPAI por VIH
Guía de Referencia Rápida, Laparotomía y/Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo No Traumático en el Adulto.	Guía de Referencia Rápida LyLDAAT en Adulto
Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Tijuana, Baja California.	HGR-1
Hospital General de Zona No. 30 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Mexicali, Baja California.	HGZ-30
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “ <i>Del expediente clínico</i> ”.	NOM-004-SSA3-2012 “Del expediente clínico”
Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la Prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.	NOM-010-SSA2-2010 “Prevención y el Control de la Infección por VIH”
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la Ley General de Salud

Denominaciones	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN

I. HECHOS

4. El 22 de febrero de 2018, esta Comisión Nacional recibió escrito de queja presentado por VI1, VI2 y VI3 en el cual señalaron que el 8 de enero de esa anualidad, V, hombre de 24 años con diagnóstico de “VIH”, presentó una convulsión, motivo por el cual fue trasladado al HGZ-30, en donde fue valorado y se solicitó interconsulta en el Servicio de Neurología.

5. Igualmente mencionaron que el médico especialista del HGZ-30, no le realizó a V un electroencefalograma para determinar las causas del suceso, sin embargo, diagnosticó *“crisis convulsivas con sospecha de haber sido crisis de hipotensión postural”* indicándole tratamiento anticonvulsivo a base de levetiracetam.

6. El 11 de enero de 2018, se solicitó *“una imagen por resonancia magnética”* la cual reportó que V tenía un absceso cerebral ubicado en el lóbulo frontal izquierdo, ante ello se pidió interconsulta en el Servicio de Neurología, en donde a su vez se requirió valoración por el Servicio de Neurocirugía, estos últimos informaron a los familiares que por la ubicación y el tamaño no era recomendable intervención quirúrgica, decidiendo aplicar un esquema de medicamentos antibióticos que atacarían el absceso.

7. El 8 de febrero de 2018, nuevamente se solicitó consulta por el Servicio de Neurología y a su vez de Neurocirugía para evaluación de la evolución del absceso cerebral y determinar procedimiento a seguir, decidiendo el cambio de triada de medicamentos, entre ellos suministrar imipenem, *“sin considerar el análisis de interacción medicamentosa que*

ocasiona” a V, pues el especialista junto con el neurólogo, identificaron características convulsivas del paciente.

8. Posteriormente, el neurocirujano consideró solicitar interconsulta con el otorrinolaringólogo ante la sospecha “*vía imagenología, de ocupación de los senos paranasales*”, y se pidió “*placas radiográficas de las imágenes de resonancia magnética*”, lo que a consideración de VI1, VI2 y VI3 no es el estudio que requería. El 13 de febrero de 2018, se pidió una segunda opinión de la misma especialidad, que primeramente fue autorizada y después cancelada, y fue hasta el 20 de ese mes y año que se llevó a cabo la misma, sin que les informaran los resultados y tratamiento que recibiría, razón por la cual preguntaron quién les resolvería sobre la atención médica a V, ya que su estado de salud se estaba deteriorando.

9. VI1, VI2 y VI3, inconformes con el trato que estaba recibiendo V en el HGZ-30, solicitaron a esta Comisión Nacional, se investigaran los hechos, por lo que se requirió información al personal de guardia en el IMSS y se contactó a VI3, quien manifestó que lamentablemente V había fallecido el día 25 de abril de 2018, señalándose en el certificado de defunción como causas de muerte choque séptico, perforación víscera hueca, tuberculosis meníngea y síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

10. Por lo anterior, se radicó el expediente CNDH/1/2018/1823/Q; y para la documentación de las posibles violaciones a derechos humanos, se realizaron diversas diligencias, se obtuvieron informes del personal médico involucrado, copia del expediente clínico de V, entre otras documentales, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

11. Escrito de queja presentado el 22 de febrero de 2018 por VI1, VI2 y VI3 ante esta Comisión Nacional, en el que señalaron la inadecuada atención médica que V recibió por parte del personal del HGZ-30.

12. Oficio NO.095217614C21/363 de 10 de abril de 2018, suscrito por la Titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, a través del cual

anexó informe del Coordinador Clínico del HGZ-30 y copia simple del expediente clínico de V, del cual destacó lo siguiente:

12.1 Hoja de Triage¹ y nota médica inicial del Servicio de Urgencias de las 11:07 y 11:48 horas del 8 de enero de 2018, en la que AR1 reportó a V, con convulsiones, VIH y tuberculosis meníngea².

12.2 Nota de alta y tratamiento del Servicio de Urgencias de las 17:18 horas del 8 de enero de 2018, en la que AR2 integró como diagnósticos de V, VIH³, sin TX (tratamiento) Retroviral, TB SNC (tuberculosis del sistema nervioso central) y Convulsiones.

12.3 Historia Clínica de V, elaborada el 9 de enero de 2018 por PSP1, médico interno de pregrado, misma que fue revisada por AR4.

12.4 Indicaciones Médicas sin poder establecer hora de emisión del 9 de enero de 2018, suscrita por PSP1.

12.5 Resultado de tomografía axial computada de cráneo simple y con contraste elaborada a V el 9 de enero de 2018, en la que se concluyó presencia de hipodensidad⁴ irregular hacia región frontal izquierda.

12.6 Notas médicas de las 15:03 y 13:32 horas del 9 y 10 de enero de 2018, emitidas por AR4 en la que indicó considerar EGG (electroencefalograma) y que V presentó tensión arterial de 90/60, secundaria a evacuaciones diarreicas.

12.7 Nota médica Clínica de VIH del Servicio de Medicina Interna de las 15:00 horas del 16 de enero de 2018, suscrita por AR4, quien reportó a V sin cambios clínicos ni neurológicos, ajustó el tratamiento médico y solicitó tomografía de cráneo de control.

¹ Es la clasificación de la gravedad, sintomatología y problema de salud que presenta un paciente cuando llega al Servicio de Urgencias y que permite definir la prioridad de la atención.

² Infección de los tejidos que recubren el cerebro y la médula espinal (meninges).

³ Virus de la inmunodeficiencia humana.

⁴ Disminución de la densidad.

12.8 Hojas de Registros Clínicos y Esquema Terapéutico e Intervenciones realizados por personal de enfermería del 16 y 17, 20 y 21, 28 al 31 de enero, así como 3 y 4, 24, 25 y 28 de febrero, y 1 de marzo de 2018.

12.9 Notas médicas Clínica de VIH del Servicio de Medicina Interna de las 14:41 y 14:15 horas del 18 y 19 de enero de 2018, realizadas por AR4, en las que señaló que V permaneció sin cambios.

12.10 Radiología e Imagen (Tac de Cráneo Simple y Contrastada), del 22 de enero de 2018, en la que se concluyó la presencia de signos de infartos lacunares en ganglios basales del hemisferio derecho, encefalomalacia⁵ frontal izquierda y se señaló que no observo signos de absceso en V.

12.11 Nota médica del Servicio de Neurocirugía de las 17:09 horas del 25 de enero de 2018, suscrita por AR7, en la que descartó manejo quirúrgico para V y sugirió realizar resonancia magnética de control con medio de contraste en dos semanas.

12.12 Nota de evolución de 25 de enero de 2018, emitida por AR7, en la que comentó que se documentó por imagen de resonancia magnética una lesión fronto basal intraaxial de aproximadamente 3 centímetros compatible con absceso cerebral en fase de capsulitis⁶ temprana al parecer por continuidad de senos paranasales.

12.13 Hojas de indicaciones médicas para V del 29 y 31 de enero de 2018, realizadas por AR4.

12.14 Notas médicas de las 15:23 y 14:23 horas del 6 y 7 de febrero de 2018, realizadas por AR4, en las que reportó a V con diagnóstico de sinusitis⁷, solicitando para el día 8 de ese mes y año imagen de resonancia magnética cerebral.

12.15 Notas de indicaciones médicas del 7, 9, 20 y 21 de febrero de 2018, realizadas por AR4, señalando en las dos primeras que se encontraba pendiente resonancia

⁵ Tipo de daño cerebral grave que provoca el reblandecimiento o la pérdida de tejido cerebral.

⁶ Inflamación de la cápsula articular.

⁷ Afección que consiste en la inflamación o hinchazón del tejido mucoso que recubre los senos paranasales.

magnética e indicó en las dos últimas tratamiento antirretroviral (tenofovir, emtricitabina y realtegravir) para V.

12.16 Nota médica de las 15:02 hora del 12 de febrero de 2018 signada por AR4, en la cual señaló que de manera verbal le comentaron por parte del Servicio de Neurología que V no era candidato quirúrgico.

12.17 Solicitud de estudios radiográficos solicitada el 22 de febrero de 2018 por AR4 a V por presentar dolor abdominal.

12.18 Reporte de resultado de ultrasonido de abdomen realizado a V a las 12:02 horas del 23 de febrero de 2018, en el cual se concluyó estudio sin alteraciones sonográficas.

12.19 Nota médica de Interconsulta Neurocirugía de las 15:50 horas del 23 de febrero de 2018, en la cual AR7, señaló que V padecía de pansinusitis⁸ que por continuidad involucró lóbulo frontal en su región basal y no consideró manejo quirúrgico por su dimensión, localización y la etapa de cerebritis⁹ en la que se encontraba.

12.20 Nota médica del Servicio de Medicina Interna de las 17:44 horas del 23 de febrero de 2018, realizado por AR9, en la que señaló como diagnóstico de V sinusitis aguda, VIH-SIDA y absceso cerebral.

12.21 Resultados de laboratorio de V emitidos a las 09:51 horas del 1 de marzo de 2018.

12.22 Reporte de estudio de Resonancia Magnética de 2 de marzo de 2018, realizada a V, en el cual se señaló que continuaba con proceso infeccioso en los senos paranasales.

12.23 Hoja de indicaciones médicas del 3 y 4 de marzo de 2018, elaborada por AR13, quien indicó para V mismo manejo médico.

⁸ Infección de los senos para nasales.

⁹ Infección cerebral localizada.



12.24 Notas médicas del Servicio de Dermatología del 5 y 6 de marzo de 2018, realizadas por AR14, en las que se indicó toma de muestra para frotis, cultivo y tinción gram.

12.25 Notas médicas del Servicio de Neurología de los días 5 y 6 de marzo de 2018, realizadas por AR6, en las que señaló que V requería de manejo quirúrgico, que continuó con deterioro del estado neurológico, e indicó el alta del Servicio de Neurología por máximo beneficio.

12.26 Hojas de indicaciones médicas del 10 y 11 de marzo de 2018, realizadas por AR13, en las que señaló suministro de omeprazol para V.

12.27 Estudio de panendoscopia¹⁰ realizado a V el 12 de marzo de 2018, el cual reportó como diagnóstico hernia por deslizamiento de 2 centímetros, gastritis y bulbo duodenitis.

13. Acta circunstanciada de 26 de abril de 2018, en la cual se hizo constar la ampliación de la queja por parte de VI3 en la que refirió que V había fallecido el día 25 de ese mes y año.

14. Oficio NO.095217614C21/1197 de 19 de junio de 2018, suscrito por el Jefe de Área de Atención a Asuntos de no Discriminación y Equidad de Género del IMSS, a través del cual remitió copia del expediente clínico integrado por los servicios médicos institucionales otorgados a V en el HGR-1, del cual se destacó lo siguiente:

14.1 Nota médica del Servicio de Infectología de las 09:21 horas del 13 de abril de 2018, realizada por AR16, en la que señaló que V fue enviado de Mexicali ante la pobre respuesta clínica.

14.2 Nota médica inicial del Servicio de Urgencias de las 16:25 horas del 13 de abril de 2018, realizada por AR17, quien señaló que V fue enviado para apoyo en el manejo por parte del Servicio de Infectología.

¹⁰ Es la endoscopia y sirve para explorar el interior del esófago, estómago y duodeno.

14.3 Nota médica del Servicio de Urgencias de las 00:08 horas del 14 de abril de 2018, realizada por AR18, en la que señaló que estaba pendiente realizar a V resonancia magnética de SNC (sistema nervioso central).

14.4 Nota de ingreso al Servicio de Medicina Interna de las 04:00 horas del 14 de abril de 2018, realizada por AR19.

14.5 Hoja de Registros Clínicos y Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería de 15 y 24 de abril de 2018, realizada por personal de enfermería del HGR-1.

14.6 Notas médicas del Servicio de Medicina Interna del 17, 18, 20 y 21 de abril de 2018, elaboradas por AR21, quien refirió la necesidad de realizar una biopsia a V.

14.7 Hoja de valoración preanestésica de V de 22 de abril de 2018, en la que se indicó como procedimiento toma de biopsia.

14.8 Hoja de Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica de V, y nota de atención médica del Servicio de Neurocirugía de 22 y 23 de abril de 2018, realizadas por AR22.

14.9 Notas de evolución de Medicina Interna de las 10:00 horas del 24 de abril de 2018, realizada por AR21, en la que señaló como diagnóstico de V neumonía nosocomial y solicitó placas de tórax.

14.10 Nota médica de las 14:00 horas del 24 de abril de 2018, realizada por AR21, en la cual solicitó tomografía de abdomen ante sospecha de perforación intestinal.

14.11 Formato de indicaciones médicas de las 14:02 horas del 24 de abril de 2018, en la que AR21 prescribió para V enema jabonoso.

14.12 Nota de valoración del Servicio de Cirugía General de las 23:00 horas del 24 de abril de 2018, en la que PSP2 señaló que V requería de laparotomía exploradora de urgencia y se solicitó autorización para quirófano.

14.13 Nota preanestésica del Servicio de Anestesiología del 25 de abril de 2018, en la cual se indicó se realizaría a V una laparotomía exploradora.

14.14 Certificado de defunción emitido por la Secretaría de Salud, del que se desprende como fecha y hora de la muerte de V, las 01:30 horas del 25 de abril de 2018, además de señalar como causas de *“defunción choque séptico con intervalo de aproximación de 4 horas, perforación de víscera hueca con intervalo de aproximación de 12 horas, tuberculosis meníngea con intervalo de aproximación de 5 meses y síndrome de inmunodeficiencia adquirida con intervalo de aproximación de 7 meses”*.

15. Oficio 095217614C21/2779 de 5 de noviembre de 2018, suscrito por la titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos, en el cual anexó lo siguiente:

15.1 Acuerdo de 20 de agosto de 2018, en el cual el H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente resolvió el Expediente 1 como improcedente desde el punto de vista médico

16. Oficio Of N° 095217614C21/0956 de 26 de marzo de 2020, suscrito por la titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que anexó diversas notas del expediente clínico integrado por la atención médica que se le dio a V en el HGZ-30, de las que destacaron las siguientes:

16.1 Nota médica inicial de las 00:28 horas del 9 de enero de 2018, emitida por AR3, en la cual reportó a V con los diagnósticos de crisis convulsivas, tuberculosis meníngea, trombosis del seno cavernoso y VIH.

16.2 Solicitud para estudios de tomografía axial computada y estudios contrastados de 9 de enero de 2018, elaborada por AR5.

16.3 Nota médica, Clínica de VIH del Servicio de Medicina Interna de las 08:33 horas del 11 de enero de 2018, elaborada por AR6, quien reportó a V, clínica y neurológicamente en condiciones generales estables.

16.4 Notas médicas, Clínica de VIH del Servicio de Medicina Interna de las 13:29, 13:30, 13:13, 15:18, 14:39, 13:12, 14:58 horas del 12, 22, 23, 24, 25, 26 y 30 de enero de 2018, en la que AR4, solicitó interconsulta al Servicio de Neurocirugía para valorar el drenaje de absceso, señaló como diagnóstico de V tuberculosis del sistema nervioso y refirió que requeriría interconsulta para V por el Servicio de Otorrinolaringología ante el diagnóstico de sinusitis concomitante y reportó a V como grave.

16.5 Nota médica, Clínica de VIH del Servicio de Neurocirugía de las 16:21 horas del 12 de enero de 2018, elaborada por AR7, quien descartó el manejo quirúrgico por las características propias de la lesión (absceso) y su localización (lóbulo izquierdo del cerebro).

16.6 Notas médicas de las 15:27 y 15:09 horas del 1 y 2 de febrero de 2018, realizadas por AR4, reportando a V con sinusitis y diagnóstico de tuberculosis del sistema nervioso y absceso cerebral.

16.7 Nota médica del Servicio Medicina Interna e Infectología de las 10:45 horas del 10 de febrero de 2018, suscrita por AR8 en la que recomendó drenaje quirúrgico del absceso y señaló su preocupación del potencial de generar convulsiones por suministro de imipenem, sugirió cambio a meropenem por menor riesgo de causar convulsiones.

16.8 Notas médicas Clínica de VIH del Servicio de Medicina Interna de las 15:02, 15:24, 14:54, 14:59 del 12, 15, 19, 20 y 21 de febrero de 2018, en las que AR4 reportó que V no era candidato a drenaje del absceso cerebral, solicitó revaloración por el Servicio de Otorrinolaringología respecto de pansinusitis (infección de todos los senos paranasales), mencionando que dicho servicio en su segunda opinión estableció que no ameritaba manejo quirúrgico, y requirió revaloración por neurocirugía; además de señalar que se colocó catéter venoso central.

16.9 Nota médica del Servicio de Infectología del 24 de febrero de 2018 realizada por AR8, en la que sugirió retirar a V el catéter venoso central.

16.10 Notas médicas de medicina interna del 26 y 27 de febrero de 2018, realizadas por AR10, en las que valoró a V por presentar síndrome abdominal dolorosa, además de señalar que AR11, no recomendó cirugía por mejoría de antibioticoterapia.

16.11 Nota médica de las 12:58 horas del 2 de marzo de 2018, realizada por AR5, en la cual extendió incapacidad laboral a V.

16.12 Solicitudes de Servicios de Endoscopia, Dermatología, Neurología y Neurocirugía de 2 de marzo de 2018, enviadas por AR12 para la atención de V.

16.13 Solicitud de estudios de laboratorio de 3 de marzo de 2018, realizada por AR12.

16.14 Notas médicas del Servicio de Medicina Interna de las 11:30, 16:49, 16:24, 11:46, del 6, 7 y 8 marzo de 2018, realizadas por AR12, quien señaló para V el mismo manejo.

16.15 Nota médica del Servicio de Medicina Interna de las 12:02 horas del 9 de marzo de 2018, realizada por AR12 en la que mencionó que se valora realización de endoscopia, y continúa con el mismo manejo.

16.16 Notas Médicas del Servicio de Medicina Interna de las 16:43, 11:35 y 11:42 horas del 12, 13 y 14 de marzo de 2018, realizadas por AR12, quien reportó a V con deterioro del estado neurológico, intolerancia a la dieta sólida, náuseas y vómito, a la exploración física con dolor a la palpación profunda de abdomen.

16.17 Nota de egreso del Servicio de Medicina Interna del 15 de marzo de 2018, realizada por AR12, en la que señaló dar de alta a V por mejoría clínica.

16.18 Nota de reingreso al Servicio de Urgencias de las 12:37 horas del 17 de marzo de 2018, realizada por AR3, quien encontró a V con disminución de la fuerza del lado derecho y disartria (dificultad para el habla), y solicitó tomografía de cráneo.

16.19 Nota médica de las 18:40 horas del 17 de marzo de 2018, realizada por AR8, en la que señaló como diagnóstico de V hipokalemia (desequilibrio electrolítico).



16.20 Solicitud de exámenes de laboratorio para V del 18 y 19 de marzo de 2018, realizadas por AR8 y AR15.

16.21 Hoja de solicitud de servicios de 21 de marzo de 2018, en la que se requirió que V fuera atendido por oftalmología, realizada por AR9.

16.22 Notas médicas del Servicio de Medicina Interna realizadas del 20 al 23, 26 y 27 de marzo de 2018, por AR9.

16.23 Hoja de solicitud de Servicios de Neurología para V de 27 de marzo de 2018, realizada por AR9.

16.24 Notas médicas del Servicio de Medicina Interna del 2, 3 y 5 de abril de 2018, realizadas por AR9, en las que reportó a V con parálisis de tercer par craneal (alteraciones en el movimiento del ojo que ocasionan visión doble), y solicitó valoración por infectología.

16.25 Notas médicas del 9 y 12 de abril de 2018, realizadas por AR9, en las que reportó a V, con anisocoria (diferente tamaño de las pupilas), sin respuesta verbal y con un *rash papulo* eritematoso (erupción en la piel de lesiones rojas), solicitando carga viral y cuantificación de CD4¹¹.

16.26 Nota médica del Servicio de Medicina Interna con fecha de egreso de V de 15 de abril de 2018, suscrita por AR20, en la cual señaló que fue trasladado a Tijuana para valoración de infectología por lo que se egresó de esa unidad.

17. Opinión médica de fecha 7 de diciembre de 2020, elaborada por personal especializado en medicina forense de esta Comisión Nacional, de la que se desprende del capítulo de conclusiones “*PRIMERA: La atención médica brindada a ... (V) ... en el Hospital General de Zona No. 30 del IMSS en Mexicali Baja, California del 8 de enero al 8 de abril de 2018 fue inadecuada... SEGUNDA: La atención médica brindada a ... (V) ... en el Hospital General Regional 1 ... del 13 al 25 de abril del 2018, fue inadecuada...*”.

¹¹ Linfocitos CD4.

18. Acta circunstanciada de 31 de agosto de 2021, en la cual personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica con VI3, quien informó que no presentó queja o denuncia por los hechos que derivaron en el fallecimiento de V.

19. Aclaración de Opinión Médica de fecha 13 de diciembre de 2021, elaborada por personal médico de este Organismo Nacional.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

20. Esta Comisión Nacional tuvo conocimiento que el caso de V, fue sometido al H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, quien inició Expediente 1, en la cual emitió acuerdo de 20 de agosto de 2018, y resolvió que era *“improcedente desde el punto de vista médico”*.

21. Del expediente de queja que integró esta Comisión Nacional, se desprende que VI3 informó que no presentó queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, ni denuncia de hechos ante la Fiscalía General de la República.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

22. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2018/1823/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a 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 criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y a la información en materia de salud en agravio de V y atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21 y AR22, personal médico del HGZ-30 y HGR-1.

23. Lo anterior en razón a las siguientes consideraciones:



A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

24. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel¹².

25. Es atinente la jurisprudencia administrativa respecto de 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 ...”*¹³.

26. El artículo 1º de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce que la salud es *“un derecho humano 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”*¹⁴.

27. El artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*) reconoce que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

28. 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”*.

¹² CNDH. Recomendaciones: 71/2022, párrafo 31, 79/2021, párrafo 20; 6/2021, párrafo 25; 35/2020, párrafo 33, 23/2020, párrafo 36; 80/2019, párrafo 30; 47/2019, párrafo 34; 26/2019, párrafo 36; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28 y 14/2016, párrafo 28.

¹³ SCJN, Jurisprudencia Administrativa, *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”*, Registro 167530.

¹⁴ *“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.

29. Esta Comisión Nacional determinó en su Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud” emitida en fecha 23 de abril de 2009 que “... el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad.

30. Además, advirtió que “el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”.

31. Para garantizar la adecuada atención médica, se debe considerar también 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.

32. 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, tienen una importante participación en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país¹⁵.

33. En el presente asunto se considera el Objetivo tercero consistente en Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas y todos en cualquier etapa de la vida.

34. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21 y AR22 personal médico del HGZ-30 y HGR-1 omitieron brindar la atención médica adecuada a V en su calidad de garantes, de conformidad con el artículo 32 y 33, fracciones I y II de la Ley General de Salud; en

¹⁵ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, 219/418.

concordancia con el párrafo segundo del artículo 7 y 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, así como cumplir con las Normas Oficiales Mexicanas, lo que se tradujo en la violación al derecho a la protección de la salud, como a continuación se analiza, pues dichos numerales en términos generales señalan que la atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan al derechohabiente con el fin de proteger y restaurar la salud, entre las que se encuentran como actividad las preventivas y curativas, que tiene como fin la protección específica, efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, así como que los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores, dejando constancia en el expediente clínico sobre los servicios y atenciones proporcionadas.

A.1. VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V POR LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA

➤ Atención médica proporcionada a V en el HGZ-30.

35. El presente caso se trata de V, quien el 8 de enero de 2018 acudió al HGZ-30 al presentar convulsiones, lugar en el cual fue valorado a las 11:07, reportándolo AR1 con antecedente de ser portador de “VIH” en tratamiento con antirretrovirales, y signos vitales dentro de los parámetros normales.

36. A las 11:48 horas AR1, médico adscrito al Servicio de Urgencias, emitió como diagnósticos de V “...*CONVULSIONES, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE, VIH, TB¹⁶ MENINGEA...*”, al interrogatorio señaló que presentó trombosis del seno venoso cerebral tratado con anticoagulante (warfarina) y estableció como tratamiento ayuno, solución fisiológica intravenosa, anticonvulsivante (difenilhidantoína), antibiótico (trimetoprima/sulfametoxazol), continuar terapia antituberculosa (rifampicina, isoniazida, pirazinamida y clorhidrato de etambutol), protector de la mucosa gástrica (omeprazol), e inicia antiviral (Aciclovir).

¹⁶ Tuberculosis.

37. A las 17:18 horas de ese mismo día, se indicó el alta de V del Servicio de Urgencias y pase a piso del Servicio de Medicina Interna, siendo valorado por AR2, quien lo reportó con signos vitales dentro de parámetros normales y con resultados de laboratorio “...QS¹⁷: NITROGENO UREICO 23 MG/dL, UREA 49.2 MG/dL, CREATININA 0.9 MG/dL. BH¹⁸: leucos 12.6 H 13.8, plaquetas 291, TP¹⁹ 31.5, TPT²⁰ 39.9, INR²¹ 2.58...”, integrando los diagnósticos de “...VIH, SIN TX RETROVIRAL, TB SNC, CONVULSIONES...”, e indicó el ingreso a piso para realizar cuantificación y conteo de CD4, e iniciar protocolo de estudio por singultus (hipo) y convulsiones.

38. A las 00:28 horas del 9 de enero de 2018 V ingresó al Servicio de Medicina Interna, y fue valorado por AR3, quien lo reportó con tensión arterial 110/44, y demás signos vitales dentro de lo normal, a la exploración física lo encontró en buenas condiciones generales, estableciendo los diagnósticos de crisis convulsivas, tuberculosis meníngea, trombosis del seno cavernoso y VIH, indicando ayuno, solución fisiológica intravenosa, anticonvulsivante (difenilhidantoína), protector de la mucosa gástrica (omeprazol), antibiótico (trimetoprima/sulfametoxazol), terapia antituberculosa (rifampicina, isoniazida, pirazinamida y clorhidrato de etambutol), y antiviral (Aciclovir).

39. Al respecto en la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional, se señaló que AR1 omitió considerar que dada la infección por tuberculosis meníngea en V, se trataba ya de una condición definitoria de SIDA, AR2 y AR3 no establecieron el diagnóstico de SIDA, además de que AR1, AR2 y AR3 no solicitaron la cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH, ello con la finalidad de apoyar la toma de decisiones terapéuticas de acuerdo con el resultado de la carga viral, y monitorizar la respuesta terapéutica, así como evaluar otras comorbilidades.

40. Igualmente, en la mencionada Opinión Médica se estableció que AR1, AR2 y AR3 omitieron solicitar valoración inmediata por Infectología, para valorar la respuesta al tratamiento y la condición general del sistema inmune, indicar aislamiento hospitalario, al

¹⁷ Química sanguínea.

¹⁸ Biometría hemática.

¹⁹ Tiempo de protombina (examen de sangre que mide el tiempo que tarda la porción líquida de la sangre -plasma- en coagularse.

²⁰ Tiempo parcial de tromboplastina.

²¹ El parámetro INR se usa especialmente para el control de la coagulación de las personas que están tomando anticoagulantes orales como Warfarina.

considerarse a toda unidad médica como un importante foco de infección, buscado con dicha medida evitar el riesgo de adquirir una infección intrahospitalaria, así como llevar precauciones estándar, para impedir diseminación a otras personas²². Aunado a que AR3 debió requerir tomografía axial computarizada (dentro del protocolo de estudio de crisis convulsivas), como lo señala la literatura médica, motivo de su ingreso al Servicio de Medicina Interna.

41. Con lo que incumplieron con la NOM-010-SSA2-2010, “Prevención y el Control de la infección por VIH”, en sus numerales 4.5²³, 4.5.2.2²⁴ y 4.5.2.2.3²⁵; con la Guía de Práctica Clínica TAPAI por VIH, en los puntos 4.1²⁶ y 4.1.1.2²⁷; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en su artículo 43²⁸; con el Reglamento de la Ley General de Salud en los diversos 7²⁹, 8³⁰, 9³¹, 48³²; y con la Ley General de Salud en sus artículos 23³³, 27³⁴, 32³⁵, 33³⁶, 77 Bis 36³⁷.

42. El 9 de enero de 2018, PSP1, médico interno de pregrado, realizó la historia clínica de V, misma que fue revisada por AR4, observando en ella que PSP1 refirió el interrogatorio por

²² (Técnicas para el manejo de líquidos y fluidos o tejidos de todos los pacientes por parte del personal de salud, que se fundamentan en el concepto de que todos deben ser considerados como potencialmente infectantes por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana u otros agentes infecciosos transmitidos por sangre y fluidos corporales).

²³ “La definición clínica de caso de SIDA en personas adultas será...”.

²⁴ “Uno o más de los siguientes diagnósticos realizados de manera presuntiva (no comprobada por microscopía o cultivo)”.

²⁵ “Infección extrapulmonar o diseminada, por micobacterias (bacilos ácido-alcohol resistentes de especie indeterminada)”.

²⁶ “Evaluación del paciente con infección por VIH”.

²⁷ “Estudios de laboratorio y gabinete... Los estudios que deben incluirse en la evaluación inicial de un paciente con infección por el VIH/SIDA para estadificar la enfermedad y apoyar la selección del esquema ARV -antirretroviral- son: 1. Anticuerpos para el VIH (ELISA), 2. Cuenta de Linfocitos TCD4+, Carga Viral RNA-VIH...”.

²⁸ El personal de salud deberá, en todo momento, otorgar un trato digno y respetuoso al paciente, procurando un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente...”;

²⁹ “Para los efectos de este Reglamento se entiende por: I.- ATENCIÓN MÉDICA, el conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de proteger y promover y restaurar su salud...”

³⁰ “Las actividades de atención médica son: ... Curativas: ...que tienen por objeto ...establecer un tratamiento oportuno...”

³¹ “La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”

³² “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno...”.

³³ “...Se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud...”

³⁴ “... Se consideran servicios básicos de salud los referentes a: ... III. la atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias...”

³⁵ “Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud...”.

³⁶ “Las actividades de atención médica son: ... II.- Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno...”

³⁷ “... Tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos...”.

aparatos y sistemas, lo encontrado en la exploración física, los antecedentes de estudio de laboratorio y gabinete, sin emitir un presunto diagnóstico y pronóstico. Al respecto en la Opinión Médica realizada por esta Comisión Nacional se señaló que dicha historia clínica es en un formato institucional y tras la revisión completa del expediente clínico no se encontró la información señalada, aunado a que al final de la nota médica se observó el nombre incompleto de AR4, por lo que en ese sentido incumplió con la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado en sus numerales 5.13³⁸ y 5.13.1³⁹.

43. Igualmente, en la Opinión Médica realizada por personal especializado de este Organismo Nacional se estableció el incumplimiento a la Norma Oficial Mexicana antes señalada, por la falta de supervisión de AR4 a PSP1 lo que provocó que este indicara para V continuar con el mismo suministro de medicamentos excepto el anticoagulante (Warfarina), a pesar del antecedente de trombosis del seno venoso cerebral, así como omitiera solicitar valoración inmediata por el Servicio de Infectología, indicar aislamiento hospitalario, cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH, ello toda vez que dicha nota médica fue elaborada por PSP1 y firmada AR4 quien no agregó ninguna anotación.

44. Continuando con la atención médica de V, el 9 de enero de 2018 se le realizó una tomografía de cráneo solicitada por AR5, misma que reportó los siguientes hallazgos “... *El parénquima cerebral con presencia de hipodensidad focal de forma irregular mal definida hacia región frontal izquierda, la cual posterior a la administración del medio de contraste no muestra reforzamiento...*”, y concluyó “...*presencia de hipodensidad irregular hacia región frontal izquierda la cual por el contexto clínico del paciente no se descarta área de cerebritis vs infarto. Es necesario realizar IRM de cerebro contrastada para mejor valoración de este hallazgo...*”.

45. Posteriormente, AR4 actualizó los diagnósticos de “...*VIH-SIDA, TB de SNC, Hidrocefalia en resolución secundaria a aracnoiditis, pbe SIRI SNC, crisis convulsivas...*”, lo reportó con signos vitales dentro de parámetros normales, ajustó las indicaciones médicas a

³⁸ “Para la organización de la enseñanza en los campos clínicos, las autoridades de la institución de salud preverán que los profesores:”.

³⁹ “Proporcionen a los alumnos enseñanza tutorial sin exponerlos a actividades sin asesoría y supervisión que implique responsabilidad legal”.

dieta líquida, anticoagulante (acenocumarol) anticonvulsivante (difenilhidantoína), antibiótico (trimetoprima/sulfametoxazol), terapia antituberculosa (rifampicina, isoniazida, pirazinamida y clorhidrato de etambutol), Vitamina B1(tiamina), antiinflamatorio (dexametasona), diurético (acetazolamida), antiemético (ondansetrón), solicitando toma de rayos x de tórax e imagen de resonancia magnética cerebral, cambió a V a una área aislada, y solicitó valoración por el Servicio de Neurología.

46. AR4 omitió, de acuerdo con lo señalado en la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional, solicitar valoración inmediata por el Servicio de Infectología, para valorar la respuesta al tratamiento y la condición general del sistema inmune, e indicar precauciones estándar para evitar diseminación a otras personas, pedir cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH, y reiniciar terapia antirretroviral, motivos de su ingreso al Servicio de Medicina Interna.

47. Por lo que AR4 incumplió con lo establecido en la Guía de Práctica Clínica, TAPAI por VIH, en sus numerales 4.1, 4.1.1.2, 4.1.1.10⁴⁰, 4.2⁴¹, 4.2.1⁴²; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en su artículo 43; con el Reglamento de la Ley General de Salud en los diversos 7, 8, 9, 48; y con la Ley General de Salud en sus artículos 23, 27, 32, 33 y 77 Bis 36.

48. A las 13:32 horas del 10 de enero de 2018, AR4 valoró a V reportándolo con tensión arterial de 90/60, secundaria a que presentó evacuaciones diarreicas, por lo que ajustó la dieta, solicitó estudio de heces (citología moco fecal, coprocultivo, coproparasitoscópico, amiba en fresco), e indicó solución salina intravenosa.

⁴⁰ Aspectos relevantes en la evaluación de otras comorbilidades infecciosas... Evaluar el inicio temprano del tratamiento antirretroviral en pacientes con tuberculosis activa, particularmente con tuberculosis meníngea, debido a que se asocia con tasas más elevadas de SIRS, lo que puede complicar el manejo de interacciones y reacciones adversas de los medicamentos, por lo tanto, es indispensable la supervisión estrecha de este aspecto, se debe de considerar el uso de corticoesteroides para el tratamiento sintomático del SIRS en tuberculosis, con dosis y duración según respuesta... En presencia de SIRS, no se deben suspenderse ni la terapia antirretroviral ni la antituberculosa, la interrupción de cualquiera de ellas empeorará el estado del paciente debido a que ambas son necesarias para la propia salud del paciente y el tratamiento de ambas, mejora la supervivencia...

⁴¹ Inicio del tratamiento antirretroviral...

⁴² Criterios de inicio. Se recomienda el inicio de tratamiento antirretroviral en todos los pacientes con infección por el VIH para evitar la progresión de la enfermedad, disminuir la transmisión del virus y limitar el efecto nocivo sobre posibles morbilidades... Se recomienda iniciar tratamiento antirretroviral lo antes posible en todos los pacientes con infección por el VIH documentada y con viremia detectable, independientemente de la cuenta de linfocitos CD4+..."

49. A las 08:33 horas del 11 de enero de 2018, V fue valorado por AR6, quien lo reportó con signos vitales dentro de parámetros normales, clínica y neurológicamente en condiciones generales estables, señalando que las crisis convulsivas eran secundarias al daño neurológico por tuberculosis del sistema nervioso central, hidrocefalia en resolución secundaria a aracnoiditis, posible síndrome inflamatorio de reconstitución inmune, indicando continuar con anticonvulsivo (levetiracetam), quedando como interconsultante.

50. De lo anterior en la mencionada Opinión Médica se señaló que AR4 y AR6 omitieron solicitar cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH, con la finalidad de apoyar la toma de decisiones terapéuticas de acuerdo con el resultado de la carga viral, y monitorizar la respuesta terapéutica, así como evaluar otras comorbilidades de V, paciente inmunocomprometido.

51. Incumpliendo AR4 y AR6 con la Guía de Práctica Clínica TAPAI por VIH, en sus numerales 4.1, 4.1.1.2, 4.1.1.10; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en su artículo 43; con el Reglamento de la Ley General de Salud en los diversos 7, 8, 9, 48; y con la Ley General de Salud en sus artículos 23, 27, 32, 33 y 77 Bis 36.

52. El día 12 de enero de 2018, ya con estudio de imagen por resonancia magnética, V fue valorado por AR4, quien agregó a los diagnósticos complicaciones tardías de eventos vasculares cerebrales isquémicos lacunares asociados a vasculitis, y absceso cerebral, reportando la presencia de desviación de la comisura labial hacia la derecha (dato clínico de daño neurológico por evento vascular cerebral), solicitando interconsulta al Servicio de Neurocirugía para valorar el drenaje de absceso.

53. Los peritos en medicina forense de este Organismo Nacional en la Opinión Médica señalaron que AR4 omitió señalar que en misma resonancia se documentó una pansinusitis (infección de todos los senos paranasales) y mastoiditis bilateral (infección de los huesos mastoides), lo que tuvo como consecuencia que no solicitara interconsulta por el Servicio de Otorrinolaringología como era lo indicado para valorar el drenaje quirúrgico oportuno de los senos paranasales o cuando menos ampliar la cobertura antimicrobiana según lo establece la literatura universal vigente especializada en el tema, limitándose a prescribir antibióticos de segunda generación (vancomicina, ceftriaxona) e hidrocortisona (esteroide antiinflamatorio).



54. Por tanto, se incumplió con la NOM-010-SSA2-2010, “Prevención y el Control de la infección por VIH”, en su numeral 6.10.17.3⁴³; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en su artículo 43; con el Reglamento de la Ley General de Salud en los diversos 7, 8, 9 y 48; y con la Ley General de Salud que establece en sus artículos 23, 27, 32, 33 y 77 Bis 36.

55. A las 16:21 horas del 12 de enero de 2018, AR7 valoró a V, encontrándolo clínica y neurológicamente estable, con absceso cerebral de 40 milímetros en región frontal izquierda y cerebritis tardía (inflamación del cerebro), descartando el manejo quirúrgico por las características propias de la lesión (absceso) y su localización (lóbulo izquierdo del cerebro), por lo que indicó continuar con manejo médico del absceso cerebral y solicitó otra tomografía de cráneo de control en dos semanas.

56. De lo anterior el personal especializado en medicina forense adscrito a esta Comisión Nacional advirtió que AR7 omitió solicitar de inmediato valoración por el Servicio de Otorrinolaringología a pesar de manifestar que la causa de dicha colección purulenta se debía a la citada pansinusitis lo que derivó en el retraso del tratamiento específico; igualmente no requirió la cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH.

57. AR7 incumplió con la Guía de Práctica Clínica TAPAI por VIH, en sus numerales 4.1, 4.1.1.2, 4.1.1.10; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en su artículo 43; con el Reglamento de la Ley General de Salud en los diversos 7, 8, 9, 48; y con la Ley General de Salud en sus artículos 23, 27, 32, 33 y 77 Bis 36.

58. A las 15:00 horas del 16 de enero de 2018, AR4 reportó a V con signos vitales dentro de parámetros normales, sin cambios clínicos ni neurológicos con respecto a la última valoración del día 12 de ese mes y año, ajustó el tratamiento médico (anticoagulante y potasio) al contar con estudio de laboratorio (INR>2, hipocalcemia), solicitó tomografía de cráneo de control.

⁴³ Se deberá brindar la atención integral a los pacientes con SIDA y TB por parte del personal de salud que atiende a las personas con VIH/SIDA...”



59. V permaneció sin cambios clínicos ni neurológicos el 18 y 19, así como del 22 al 25 de enero de 2018, días en los que fue valorado por AR4, quien continuó omitiendo, de acuerdo con lo señalado en la mencionada Opinión Médica, solicitar valoración por el Servicio de Otorrinolaringología ante la pansinusitis y mastoiditis, lo que retrasó aún más el manejo quirúrgico (drenaje quirúrgico de senos paranasales en pacientes inmunocomprometidos) establecido por la literatura médica internacionalmente reconocida.

60. Además, AR4 omitió solicitar valoración por el Servicio de Neurología ante resultado de la tomografía de cráneo de control de fecha 22 de enero de 2018, que concluyó “...SIGNOS DE INFARTOS LACUNARES EN GANGLIOS BASALES DEL HEMISFERIO DERECHO, ENCEFALOMALACIA FRONTAL IZQUIERDA, NO OBSERVO SIGNOS DE ABSCESO...”, así como del Servicio de Neurocirugía a pesar del cuadro clínico de hemiparesia izquierda (debilidad y adormecimiento del lado izquierdo del cuerpo), y toda vez que el estudio fue sugerido por el Servicio en Interconsulta, solicitar cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH.

61. AR4 incumplió con la Guía de Práctica Clínica TAPAI por el VIH, en su numeral 4.1, 4.1.1.2, 4.1.1.10; con la NOM-010-SSA2-2010, “Prevención y el control de la infección por VIH” en su numeral 6.10.17.3⁴⁴; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en su artículo 43; con el Reglamento de la Ley General de Salud en sus artículos 7, 8, 9, 48; y con la Ley General de Salud que establece en sus artículos 23, 27, 32, 33, 77 Bis 36.

62. A las 17:09 del 25 de enero de 2018, V fue valorado por AR7, quien descartó manejo quirúrgico del absceso cerebral por la localización y tamaño de la lesión, indicando continuar con manejo médico establecido, y sugirió realizar otra resonancia magnética de control con medio de contraste en dos semanas; comentando que el absceso cerebral documentado dos semanas antes por resonancia magnética, se debía al parecer por contigüidad de infección de senos paranasales (pansinusitis).

63. Con lo anterior, el personal especializado en medicina forense de esta Comisión Nacional en la Opinión Médica señaló que se confirmó que V ameritaba interconsulta

⁴⁴ “Se deberá brindar la atención integral a los pacientes con SIDA y TB por parte del personal de salud que atiende a las personas con VIH/SIDA, de acuerdo a lo establecido en la Guía de Manejo Antirretroviral de Personas que Viven con VIH/SIDA...”

inmediata por otorrinolaringología, lo cual lamentablemente hasta ese momento no había sucedido como ya se señaló, omitiendo AR7 solicitar cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH.

64. AR7 incumplió con la Guía de Práctica Clínica TAPAI por el VIH, en su numeral 4.1, 4.1.1.2, 4.1.1.10; con la NOM-010-SSA2-2010, “Prevención y el control de la infección por VIH”, en su numeral 6.10.17.3; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en su artículo 43; con el Reglamento de la Ley General de Salud en sus artículos 7, 8, 9, 48; y con la Ley General de Salud en sus artículos 23, 27, 32, 33, y 77 Bis 36.

65. A las 13:12 y 14:58 horas del 26 y 30 de enero de 2018, respectivamente, así como los días 1, 2 y del 6 al 9 de febrero de la misma anualidad, V fue valorado por AR4, quien lo reportó con signos vitales dentro de los parámetros normales y clínicamente estable, estableciendo en la primera de las fechas señaladas que se solicitó valoración por el Servicio de Otorrinolaringología ante el diagnóstico de sinusitis concomitante.

66. Igualmente, AR4 el 6 de febrero de 2018, solicitó toma de rayos x de tórax, muestra de orina para urocultivo y de sangre para hemocultivo, y requirió para el 8 de ese mes y año, interconsulta al Servicio de Neurocirugía; reportando imagen de resonancia magnética con lesiones de mismas dimensiones, y urocultivo negativo, por lo que ajustó tratamiento antimicrobiano.

67. AR4 omitió de acuerdo con la mencionada Opinión Médica de este Organismo Nacional, insistir en la valoración urgente del Servicio de Otorrinolaringología que había solicitado el 26 de enero de 2018, solicitar oportunamente interconsulta en el Servicio de Neurología (aun cuando señaló que V continuó con desviación de la comisura labial a la derecha y hemiparesia izquierda), requerir cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH, con la finalidad de apoyar la toma de decisiones terapéuticas de acuerdo al resultado de la carga viral, y monitorizar la respuesta terapéutica, así como evaluar otras comorbilidades en estos pacientes inmunocomprometidos y reiniciar con el tratamiento antirretroviral.

68. AR4 incumplió con la Guía de Práctica Clínica TAPAI por el VIH, en su numeral 4.1, 4.1.1.2, 4.1.1.10, 4.2 y 4.2.1; con la NOM-010-SSA2-2010, “Prevención y el control de la infección por VIH”, en su numeral 6.10.17.3; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del

IMSS en su artículo 43; con el Reglamento de la Ley General de Salud en los diversos 7, 8, 9, 48; y con la Ley General de Salud en sus artículos 23, 27, 32, 33, y 77 Bis 36.

69. El 10 de febrero de 2018, V fue valorado por AR8, quien realizó historia clínica, exploración física descartando padecimientos agregados (micosis, ganglios, etc.) sugiriendo ampliar esquema a imipenem y vancomicina por meropenem y linezolid, recomendó ante la poca o nula respuesta del absceso cerebral al tratamiento médico, el drenaje quirúrgico con toma de muestra para identificación microbiológica (agente causal de la infección).

70. El personal especializado en medicina forense de esta Comisión Nacional en la Opinión Médica señaló que AR8 omitió solicitar carga viral y recuento de linfocitos TCD4, para reiniciar con el tratamiento antirretroviral, e incumplió con incumpliendo con la Guía de Práctica Clínica TAPAI por VIH, en sus numerales 4.1, 4.1.1.2, 4.1.1.10, 4.2, 4.2.1; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en su artículo 43; con el Reglamento de la Ley General de Salud en los diversos 7, 8, 9, 48; y con la Ley General de Salud en sus artículos 23, 27, 32, 33 y 77 Bis 36.

71. Los días 12, 15, 19, 20 y 21 de febrero de 2018, V fue valorado por AR4, reportándolo con signos vitales dentro de parámetros normales y clínicamente estable; refiriendo que de manera verbal el Servicio de Neurocirugía le comentó que el paciente no era candidato a drenaje del absceso cerebral por la localización y tamaño de la lesión, igualmente, el Servicio de Otorrinolaringología señaló por escrito que tampoco era candidato a drenaje quirúrgico de senos paranasales, el día 15 de febrero de 2018, solicitó revaloración por Otorrinolaringología ante el diagnóstico de pansinusitis; el 19 señaló que una vez más de manera verbal los Servicios de Neurocirugía y Otorrinolaringología reiteraron por segunda ocasión que V no era candidato a tratamiento quirúrgico; el 20 de febrero, indicó inicio de tratamiento antirretroviral (tenofovir, emtricitabina y raltegravir, y el 21 colocó catéter venoso central sin complicaciones, tomó muestra para hemocultivo, reinició anticoagulantes, y quedo pendiente toma de rayos x de tórax y revaloración por el Servicio de Neurocirugía.

72. De lo anterior, el personal especializado de esta Comisión Nacional, en la Opinión Médica advirtió que AR4 indicó tratamiento antirretroviral sin contar con cuantificación de células CD4, ni carga viral, indispensables para valorar la respuesta al tratamiento, así como omitió solicitar carga viral y recuento de linfocitos TCD4, incumpliendo con la Guía de



Práctica Clínica, TAPI por VIH, en sus numerales 4.1, 4.1.1.2, 4.1.1.10; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en su artículo 43; con el Reglamento de la Ley General de Salud en los diversos 7, 8, 9, 48; y con la Ley General de Salud en sus artículos 23, 27, 32, 33 y 77 Bis 36.

73. El 23 de febrero de 2018, V fue valorado por AR7, quien lo reportó con signos vitales dentro de parámetros normales, señalando que por contigüidad la infección de pansinusitis involucro base de lóbulo frontal en región basal, no lo consideró candidato a manejo quirúrgico por su dimensión, localización, y la etapa de cerebritis en la que se encontraba, además de la buena respuesta de la lesión frontal al último tratamiento médico implementado por medicina interna e infectología; sugirió revaloración por el Servicio de Otorrinolaringología para realizar drenaje de senos paranasales y toma de cultivo.

74. De lo que antecede, esta Comisión Nacional en la Opinión Médica señaló que AR7 desestimó la sugerencia de AR8, quien señaló la necesidad de drenar el absceso cerebral para obtener el agente causal ante la pobre o nula respuesta del mismo al tratamiento antimicrobiano. Así mismo AR7 omitió solicitar cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH, incumpliendo con la NOM-010-SSA2-2010, "Prevención y el Control de la infección por VIH", en su numeral 6.10.17.3⁴⁵; con la Guía de Práctica Clínica TAPAI por VIH, en sus numerales 4.1, 4.1.1.2, 4.1.1.10, 4.2, 4.2.1; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en su artículo 43; con el Reglamento de la Ley General de Salud en los diversos 7, 8, 9, 48; y con la Ley General de Salud en sus artículos 23, 27, 32, 33, 77 Bis 36.

75. A las 12:02 horas del 23 de febrero de 2018, se le realizó a V a petición de AR4, ultrasonido de abdomen por presentar dolor abdominal, el cual reportó estudio sin alteraciones sonográficas; a las 17:44 horas fue valorado por AR9, quien lo reportó con signos vitales dentro de parámetros normales, con dolor a la palpación de hemiabdomen izquierdo, sin palpar tumoraciones y con peristaltismo (movimiento intestinal normal), integrando el diagnóstico de sinusitis aguda, VIH-SIDA y absceso cerebral; los días 26 y 27 de ese mes y año, AR10, señaló que V presentó abdomen con dolor a la palpación en hemiabdomen izquierdo, sin alcanzar a palpar tumoraciones y peristaltismo normal.

⁴⁵ "Se deberá brindar la atención integral a los pacientes con SIDA y TB por parte del personal de salud que atiende a las personas con VIH/SIDA..."



76. En cuanto a AR9 y AR10, en la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, se señaló que omitieron iniciar protector de la mucosa gástrica (ranitidina), para evitar gastritis medicamentosa, así como solicitar tomografía de abdomen y valoración por el Servicio de Cirugía General, interconsulta indicada en todo síndrome abdominal doloroso, como en este caso, para descartar padecimientos agregados o ante el posible enmascaramiento de un cuadro agudo abdominal, como lo establece la Guía de Referencia Rápida, LyLDAAT en Adulto⁴⁶ y la literatura médica internacionalmente reconocida.

77. Además, a las 17:38 horas del 27 de febrero de 2018, AR10 señaló que V fue valorado AR11, adscrito al Servicio de Otorrinolaringología, quien no recomendó la cirugía por la mejora del cuadro con terapia antimicrobiana y por tener tiempos de coagulación prolongados secundario a tratamiento anticoagulante, desestimando la sugerencia AR8, quien señaló la necesidad de obtener el agente causal ante la pobre o nula respuesta al tratamiento antimicrobiano, omitiendo así AR11 de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, solicitar cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH.

78. Incumpliendo AR11 con la NOM-010-SSA2-2010, “Prevención y el control de la infección por VIH, en su numeral 6.10.17.3; con la Guía de Práctica Clínica TAPAI por VIH, en su numeral 4.1, 4.1.1.2, 4.1.1.10, 4.2, 4.2.1; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en su artículo 43; con el Reglamento de la Ley General de Salud en los diversos 7, 8, 9, 48; y con la Ley General de Salud en sus artículos 23, 27, 32, 33 y 77 Bis 36.

79. El 2 de marzo de 2018 fue valorado por AR5 quien reportó a V con signos vitales dentro de parámetros normales y extendió incapacidad laboral con el diagnóstico de enfermedad por VIH resultante en infección por micobacterias.

80. En la Opinión Médica realizada por personal especializado en medicina forense de este Organismo Nacional, se observó que AR5 se limitó a emitir la incapacidad laboral para

⁴⁶ “... Abdomen agudo: Síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente (generalmente de menos de 48 horas de evolución o hasta 6 días) con repercusión del estado general, que requiere de un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que sea susceptible de tratamiento quirúrgico urgente... PRUEBAS DIAGNOSTICAS... Ante el paciente con abdomen agudo se debe de establecer un diagnóstico inicial, con fines de identificar el órgano o región primariamente afectada; requiriendo métodos clasificados en: No invasivos (ultrasonido, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, además de sus versiones helicoidal y tridimensional...”

V, omitiendo realizar una adecuada exploración física, investigar los resultados de la resonancia magnética de cráneo que ese mismo día ya se tenían, los cuales mostraron que presentaba “... *Lesión ocupante de espacio a nivel de giros rectos y parénquima orbitofrontal anterior izquierdo con diámetros similares en relación con estudio de Febrero 2018, con mayor edema, muestra además signos de continuidad del proceso infeccioso con los senos paranasales... tuberculosis de sistema nervioso central... cambios inflamatorios pansinusales previamente documentados...*”; hallazgos indicativos de la nula o poca respuesta al tratamiento con antifímicos⁴⁷ señalada por AR8, quien indicó la necesidad de obtener el agente causal del absceso cerebral “secundario a pansinusitis⁴⁸”. También paso por alto solicitar cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH.

81. AR5 incumplió con la Guía de Práctica Clínica TAPAI por VIH, en su numeral 4.1, 4.1.1.2, 4.1.1.10; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en su artículo 43; con el Reglamento de la Ley General de Salud en los diversos 7, 8, 9, 48; y con la Ley General de Salud en sus artículos 23, 27, 32, 33 y 77 Bis 36.

82. El 2 de marzo de 2018, AR12 solicitó para V interconsultas al Servicio Endoscopia ante la presencia de dolor abdominal, regurgitación y plenitud postprandial; al Servicio de Dermatología al presentar un exantema papuloeritematoso⁴⁹ de localización en tronco, cara y extremidades superiores; al Servicio de Neurología para valoración de control de patologías neurológicas (crisis epilépticas, meningitis tuberculosa y absceso cerebral, trombosis del seno cavernoso); y al Servicio de Neurocirugía por el resultado de resonancia magnética para normar conducta.

83. El 3 y 4 de marzo de 2018, AR13 señaló “Mismo Manejo Médico” para V, observando de ello este Organismo Nacional en la Opinión Médica que AR12 y AR13 omitieron solicitar cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH, y seguimiento por Infectología; así como iniciar protector de la mucosa gástrica (ranitidina), dada la polifarmacia (administrada por vía oral) que provocaba gastritis medicamentosa; así como AR13 debió insistir en el resultado de

⁴⁷ Medicamentos antituberculosos.

⁴⁸ Inflamación de los senos paranasales.

⁴⁹ Alteración cutánea que se caracteriza por la presencia de pápulas (elevación eruptiva pequeña, sólida y circunscrita de la piel constituye una de las lesiones elementales de la piel) sobre un fondo eritematoso (enrojecimiento de la difuso de la piel, producido por la congestión de los capilares).



tiempos de coagulación y examen general de orina como medidas y control para la valoración de pacientes bajo tratamiento con anticoagulante, como lo establece la literatura médica internacionalmente reconocida.

84. El 5 y 6 de marzo de 2018, V fue valorado por la AR14, quien derivado de que presentaba exantema papuloeritematoso en tronco, cara y extremidades superiores, indicó toma muestra para frotis, cultivo y tinción de gram, e inicio manejo con hidroxicina (antihistamínico) y crema magistral (crema elaborada específicamente para el paciente). Igualmente, AR6 en esas fechas reportó a V con signos vitales dentro de parámetros normales, clínicamente estable con ligero deterioro en el estado de alerta, señalando el día 5 que el paciente requería de manejo quirúrgico (para drenaje del absceso cerebral), el 6 de ese mes y año mencionó que V continuó con deterioro del estado neurológico, hemodinámicamente estable, continuando tratamiento con anticomiciales (anticonvulsivos) indicando el alta del Servicio de Neurología por máximo beneficio.

85. V fue valorado por AR12 los días 6, 7 y 8, y 9 de marzo de 2018, quien lo reportó con signos vitales dentro de parámetros normales, clínicamente estable, dejando el mismo manejo médico establecido, y se señaló que estaba pendiente la endoscopia; igualmente el 10 y 11 de ese mes y año, AR13 indicó continuar con el manejo médico determinado y agregó el suministro de protector de la mucosa gástrica (omeprazol) para V.

86. En la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional, se señaló que AR5, AR6, AR12, AR13 y AR14 omitieron solicitar cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH, con la finalidad de apoyar la toma de decisiones terapéuticas de acuerdo al resultado de la carga viral, y monitorizar la respuesta terapéutica, así como evaluar otras comorbilidades en estos pacientes inmunocomprometidos, y seguimiento por Infectología, así como que AR12 no realizó adecuada exploración física pasando desapercibido el deterioro neurológico secundario al absceso cerebral.

87. Los días 12, 13 y 14 de marzo de 2018, AR12 valoró a V y lo reportó con signos vitales dentro de parámetros normales, con deterioro del estado neurológico, intolerancia a la



dieta sólida, náuseas y vómito postprandial⁵⁰, a la exploración física con peristaltismo disminuido y dolor a la palpación profunda de abdomen, agregando que ya se le había realizado la endoscopia la cual reportó inflamación de la mucosa del esófago, estómago y duodeno de probable origen medicamentoso, solicitó interconsulta a otorrinolaringología ante el diagnóstico de pansinusitis.

88. Para esta Comisión Nacional de acuerdo con la Opinión Médica, lo anterior reafirmó que desde el ingreso de V al hospital ameritaba que se le administrara protector de la mucosa gástrica (sucralfato, ranitidina o metoclopramida) debido a la polifarmacia indicada por vía oral; omitiendo AR12 solicitar radiografía o tomografía de abdomen y valoración por cirugía general indicado en todo paciente con síndrome doloroso abdominal; así como solicitar carga viral y recuento de linfocitos TCD4.

89. Además, en dicha Opinión Médica se estableció que el 15 de marzo de 2018, AR12 sin haber completado protocolo de estudio para dolor abdominal, y sin haber solicitado en ningún momento carga viral y cuantificación de CD4, para estar en condiciones de ajustar tratamiento antirretroviral y con deterioro en el estado neurológico por el absceso cerebral secundario a su pansinusitis de V, inadecuadamente lo dio de alta sin ningún estudio de laboratorio que sustentara su criterio clínico para suspender el tratamiento antirretroviral, favoreciendo la multirresistencia y falla del tratamiento con antirretrovirales, motivando que el egreso era por mejoría clínica y máximo beneficio, señalando seguimiento en consulta externa por los servicios de clínica de VIH e Infectología.

90. El 17 de marzo de 2018, V reingresó al Servicio de Urgencias, en donde a las 12:37 horas fue valorado por AR3, quien lo encontró con disminución súbita de la fuerza del lado derecho y disartria (dificultad para el habla), solicitó tomografía de cráneo la cual confirmó los hallazgos anteriores absceso cerebral por pansinusitis, solicitó química sanguínea que mostró desequilibrio electrolítico (disminución de potasio en sangre), que se corrigió con reposición de potasio. A las 18:40 horas AR8, reportó a V sin cambios con respecto a nota anterior.

⁵⁰ Característicos de las lesiones en el estómago. Se da después de las comidas, producido por un vaciamiento ineficaz del estómago debido a problemas en la evacuación gástrica, se vomita contenido alimenticio.



91. AR3 y AR8 omitieron, de acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, solicitar valoración inmediata por neurología o neurocirugía, cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH, con la finalidad de apoyar la toma de decisiones terapéuticas de acuerdo al resultado de la carga viral, y monitorizar la respuesta terapéutica, así como evaluar otras comorbilidades en estos pacientes inmunocomprometidos, y seguimiento por Infectología; señalando que desde el punto de vista médico forense que la disminución súbita de la fuerza del lado derecho y la disartria, son datos sugestivos de deterioro neurológico por su absceso cerebral secundario a su pansinusitis que no fue adecuada y oportunamente tratado en la hospitalización anterior como se señaló.

92. El 18 y 19 de marzo de 2018, AR8 y AR15 solicitaron se le realizara a V estudios de laboratorio (biometría hemática, examen general de orina, tiempos de coagulación y química sanguínea); aunado a ello AR8 señaló que encontró a V a su reingreso con signos vitales dentro de parámetros normales, ajustando anticoagulante (suspende warfarina y deja heparina), e indicó retiro de catéter venoso central ante el señalamiento por parte de familiares que presentó fiebre en casa, sugirió el cambio de dotbal (antituberculoso) a fase de sostén y no utilizar omeprazol como protector de la mucosa gástrica para evitar interacción farmacológica con rifampicina (antibiótico), resto del tratamiento igual.

93. Del 20 al 27 de ese mes y año, AR9 valoró a V con signos vitales dentro de parámetros normales; refiriendo el día 21 diplopía (visión doble), por lo que solicitó interconsulta a oftalmología, e indicó como plan retiro de catéter venoso central para realizar cultivo del mismo; el 23 señaló que V presentó deterioro súbito del estado de alerta, anisocoria (asimetría del tamaño de las pupilas) marcada y episodios de hemiplejía derecha (parálisis de la mitad del cuerpo), requiriendo tomografía de cráneo urgente; el 27 se realizó resonancia magnética, la cual reveló “...*lesión ocupante que corresponde a absceso orbitofrontal y a nivel de giros rectos, diámetros de 29 x 17 x 26 mm, se reporta además un aumento en el tamaño de los granulomas, cambios por aracnoiditis basal, así como datos de vasculitis con eventos isquémicos subagudos en región talámica⁵¹ izquierda y periventricular...*”, pidiendo interconsulta a neurocirugía.

⁵¹ El tálamo es una estructura que se encuentra situada en el centro del encéfalo.



94. Al respecto, en la Opinión Médica, este Organismo Nacional señaló que AR8, AR9 y AR15 omitieron solicitar cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH, con la finalidad de apoyar la toma de decisiones terapéuticas de acuerdo con el resultado de la carga viral, y monitorizar la respuesta terapéutica, así como evaluar otras comorbilidades en estos pacientes inmunocomprometidos, y seguimiento por Neurología e Infectología.

95. Los días 2, 3 y 5 de abril de 2018, V fue valorado por AR9, quien lo reportó con signos vitales dentro de parámetros normales, clínicamente con parálisis de tercer par craneal “motor ocular común” (alteraciones en el movimiento del ojo que ocasionan visión doble), resto de la exploración física normal, solicitando valoración por infectología y continuando con esquema antimicrobiano, omitiendo de acuerdo con la mencionada Opinión Médica, solicitar interconsulta inmediata por neurocirugía o neurología, carga viral y recuento de linfocitos TCD4.

96. Por lo anterior, queda evidenciado que AR3, AR5, AR6, AR8, AR9, AR12, AR13, AR14 y AR15 vulneraron el derecho a la protección de la salud al incumplir con la Guía de Práctica Clínica TAPAI por VIH, en sus numerales 4.1, 4.1.1.2, 4.1.1.10; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en su artículo 43; con el Reglamento de la Ley General de Salud en los diversos 7, 8, 9, 48; y con la Ley General de Salud en sus artículos 23, 27, 32, 33 y 77 Bis 36.

97. Los días 9 y 12 de abril de 2018, V fue valorado por AR9, quien lo reportó con signos vitales dentro de parámetros normales, clínicamente con anisocoria (diferente tamaño de las pupilas), sin respuesta verbal y con un rash papulo eritematoso generalizado (erupción en la piel de lesiones rojas), resto de la exploración sin cambios, y solicitó carga viral y cuantificación de CD4, señalando que se encontraba pendiente valoración por Infectología en la Ciudad de Tijuana.

98. Al respecto esta Comisión Nacional en la Opinión Médica señaló que hasta el día 9 de abril de 2018 se solicitó carga viral y cuantificación de CD4, es decir que pasaron 91 días desde su ingreso (8 de enero de ese año), además estableció que AR9 omitió solicitar valoración inmediata por neurocirugía o neurología, incumpliendo así con lo dispuesto en el artículo 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS; el Reglamento de la Ley

General de Salud en los diversos 7, 8, 9, 48; y con la Ley General de Salud en sus artículos 23, 27, 32, 33, 77 Bis 36.

➤ **Atención médica brindada a V en el HGR-1.**

99. Como consecuencia de que AR9 señaló que se encontraba pendiente la valoración por el Servicio de Infectología, a las 09:21 horas del 13 de abril de 2018, V fue enviado y valorado en el HGR-1 por AR16, quien señaló que a V “... *Lo envían de Mexicali ante la pobre respuesta clínica, en la nota refieren que en estudio de imagen se observa absceso en región frontal izquierda... Se ha dado manejo conservador, pero neurológicamente presenta deterioro... Plan: requiere hospitalización para estudio. Solicito RMN urgente. Diagnóstico enfermedad por VIH, resultante en infecciones múltiples...*”; indicando pasar a hospitalización a medicina interna, resonancia magnética del sistema nervioso central urgente, valoración por neurocirugía urgente.

100. Lo que AR16 de acuerdo con la Opinión Médica realizada por esta Comisión Nacional, omitió considerar que se trataba ya de una condición definitiva de SIDA e indicar medidas de protección universal como el aislamiento, solicitar cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH, con la finalidad de apoyar la toma de decisiones terapéuticas de acuerdo al resultado de la carga viral, y monitorizar la respuesta terapéutica, así como evaluar otras comorbilidades, solicitar valoración por otorrinolaringología dado su absceso cerebral secundario a pansinusitis, y realizar un adecuado interrogatorio y exploración física.

101. El 13 de abril de 2018, V fue valorado por AR17, quien lo reportó con signos vitales dentro de parámetros normales, refiriendo que lo enviaron de Mexicali para apoyo en el manejo por Infectología, indicó la toma de muestras para laboratorios (sin señalar cuales estudios). A las 00:08 horas del 14 de ese mes y año, AR18, lo reportó con signos vitales dentro de parámetros normales, refiriendo “...*PACIENTE INGRESA A PISO DE MEDICINA INTERNA A CARGO DE INFECTOLOGIA PARA MENEJO, PENDIENTE REALIZAR RESONANCIA MAGNETICA DE SNC, MAL PRONOSTICO, FAMILIAR ENTERADO...*”, y a las 04:00 horas de ese mismo día AR19 lo reportó con signos vitales dentro de parámetros normales y sin cambios clínicos con respecto a su ingreso al Servicio de Urgencias.

102. Para el personal especializado en medicina forense de esta Comisión Nacional, AR17, AR18 y AR19 omitieron considerar que se trataba ya de una condición definitiva de SIDA e indicar medidas de protección universal como el aislamiento, solicitar cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH, con la finalidad de apoyar la toma de decisiones terapéuticas de acuerdo al resultado de la carga viral, y monitorizar la respuesta terapéutica, así como evaluar otras comorbilidades, solicitar valoración por los Servicios de Neurocirugía y Otorrinolaringología dado su absceso cerebral secundario a pansinusitis; además AR19 no realizó un adecuado interrogatorio y exploración física, así como requerir valoración por infectología.

103. El 15 de abril de 2018, AR20 dio de alta a V, señalando en la nota médica “...*paciente quien es trasladado a Tijuana en ambulancia, para valoración por Infectología, se comunica con familiar quien nos informa que se quedara hospitalizado en Tijuana por lo que se egresa de esta unidad...*”.

104. Los días 17, 18, 20 y 21 de abril de 2018, V fue valorado por AR21, quien refirió “...*REQUIERE SEGUIMIENTO POR INFECTOLOGIA, REQUIERE BIOPPSIA (SIC) CEREBRAL. MANTENDREMOS ESQUEMA SUGERIDO POR INFECTOLOGIA Y VIGILANCIA ... EN RELACION A LA EVOLUCION NO HA TENIDO FIEBRE, NEUROLOGICO SIN CAMBIOS. RESPIRATORIO SIN COMPROMISO, DIGESTIVO SIN COMPLICACIONES. TOLERANDO LA DIETA. PRONOSTICO MALO...*”, el día 20 en la nota de evolución y valoración preoperatoria lo reportó “...*POSTRADO POR DAÑO NEUROLOGICO... ACEPTA LA DIETA... NO HAY SIGNOS DE SUFRIMIENTO RESPIRATORIO. HEMODINAMICAMENTE NORMOTENSO, CON FRECUENCIA CARDIACA NORMAL, CSPS SIN AGREGADOS, RSCS SIN S3 O S4. EXTREMIDADES CON EDEMA LEVE. PARA CLINICOS, PLACA DE TORAX SIN LESIONES RELAVANTES, BHC CON ANEMIA SEVERA, HB 7.1, LÑEUCOCITOS (SIC) DE 12800 ... HIPOALBUMINEMIA...*”.

105. Lo anterior de acuerdo con la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional confirmó que hasta esta fecha no se había atendido adecuadamente la pansinusitis que presentaba V, el absceso cerebral secundario, ni había sido valorado por Neurocirugía, Infectología ni Otorrinolaringología en este último reingreso, tampoco se le

había solicitado cuantificación de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH, ni indicado medidas de protección universal como el aislamiento.

106. El 22 de abril de 2018, V fue ingresado a quirófano y se le realizó drenaje y toma de muestra de absceso cerebral frontobasal izquierdo supra orbitario; señalando al respecto este Organismo Nacional en la Opinión Médica que dicho tratamiento quirúrgico estaba indicado desde su ingreso en enero de ese año en el HGZ-30, mismo que fue desestimado por los Servicios de Neurocirugía y Otorrinolaringología de dicho hospital.

107. El 23 de abril de 2018, V fue valorado por AR21 quien lo encontró con drenaje en región temporal izquierda, con leve gasto hemático, no cuantificable, respirando aire ambiente, sin dificultad respiratoria, saturando con pulsimetría a 99%, hemodinamicamente normotenso, con frecuencia cardíaca normal, CSPS sin agregados, RSCS sin S3 O S4, abdomen blando, depresible, extremidades integrales, eutroficas, eutermicas, con edema leve, plan en espera de resultados de biopsia, y en misma fecha AR22 reportó a V con signos vitales de Temperatura 36.0°C, presión arterial 100/88mmHg, frecuencia cardíaca 88 latidos/min, frecuencia respiratoria 16 resp./min, con el diagnóstico de portador de VIH+TB en tratamiento+ lesiones oportunistas cerebrales múltiples que ocasionan deterioro neurológico severo así como disfunción de nervios craneales y pérdida de contacto con medio externo, durante el trans y postoperatorio se mantiene en las mismas condiciones.

108. A las 10:00 horas del día 24 de abril de 2018, AR21 reportó a V con deterioro respiratorio (tos, rudeza respiratoria y desaturación de menos de 12 horas de evolución), por lo que integró el diagnóstico clínico de neumonía nosocomial, solicitó radiografía de tórax urgente y revaloración por Infectología; siendo revalorado a las 14:00 horas por presentar distensión abdominal, ya con placa de tórax que mostró aire subdiafragmático sugestivo de perforación intestinal, por lo que se solicitó tomografía de abdomen ante la sospecha de perforación intestinal, y a las 14:02 horas dicho galeno le prescribió enema jabonoso.

109. De lo anterior esta Comisión Nacional en la Opinión médica señaló que AR21 prescribió inadecuadamente enema jabonoso, omitiendo solicitar urgente valoración por el Servicio de Cirugía General, lo anterior se confirma porque no fue sino hasta nueve horas después, esto es a las 23:00 horas que fue valorado PSP2, quien refirió “...*Encuentro a paciente en malas condiciones (sic) generales... sin respuesta a estímulos... abdomen*



distendido... Rx de abdomen... evidencia aire libre subdiafragmático, así como TAC de abdomen en la cual se corrobora neumoperitoneo y liquido libre. Paciente requiere de laparotomía exploradora de urgencia... Se solicita para quirófano...”.

110. Esta Comisión Nacional en la Opinión Médica advirtió de lo que antecede que AR21 y AR22 omitieron establecer que V cursaba con una condición definitiva de SIDA, indicar medidas de protección universal como el aislamiento, solicitar cuenta de linfocitos TCD4+ y carga viral RNA-VIH, con la finalidad de apoyar la toma de decisiones terapéuticas de acuerdo con el resultado de la carga viral, y monitorizar la respuesta terapéutica, así como evaluar otras comorbilidades.

111. A las 01:00 horas del 25 de abril de 2018, V ingresó a quirófano para laparotomía exploradora, desafortunadamente diez minutos después inició con respiración agónica, signos vitales indetectables, sin actividad eléctrica cardiaca, por lo que se inició maniobras de reanimación y manejo avanzado de la vía aérea sin respuesta favorable, señalando como hora de defunción la 01:30 horas del 25 de abril de 2018.

112. Por lo anterior, queda evidenciado que AR16, AR17, AR18, AR19, AR21 y AR22 vulneraron el derecho a la protección de la salud al incumplir con la Guía de Práctica Clínica TAPAI por VIH, en sus numerales 4.1, 4.1.1.2; con el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en su artículo 43; con el Reglamento de la Ley General de Salud en sus artículos 7, 8, 9, 48; Ley General de Salud en los diversos 23, 27, 32, 33, 77 Bis 36; además, de que AR21 contravino lo establecido en la Guía de Referencia Rápida Laparotomía y/Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo no Traumático en el Adulto⁵².

B. PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA O EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD (PERSONA QUE VIVE CON SIDA).

113. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquel “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus

⁵² “...Abdomen agudo: Síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente (generalmente de menos de 48 horas de evolución o hasta 6 días) con repercusión del estado general, que requiere de un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que sea susceptible de tratamiento quirúrgico urgente...”.



*consecuencias negativas*⁵³. A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

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

115. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquel “*estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas*”⁵⁴. A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

116. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “*por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar*”⁵⁵.

117. Para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las personas que viven con SIDA se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, porque tal enfermedad origina mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas por lo que requieren de atención prioritaria⁵⁶.

118. Las personas que viven con SIDA deben recibir atención médica especial, multidisciplinaria, competente y apropiada en todas las etapas de la enfermedad, ello en concordancia con lo dispuesto en el artículo 4, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el que se establece que toda persona tiene derecho a la

⁵³ “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, párr. 8.

⁵⁴ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, p. 8; y CNDH, Recomendaciones 26/2019, párr. 24, 23/2020 párr. 22 y 52/2020 párr.26.

⁵⁵ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

⁵⁶ CNDH. Recomendaciones 23/2020, párr. 28, 52/2020, párr.36 y 46/2021, párr.19.

protección de la salud, garantizando la atención progresiva, cuantitativa de los servicios de salud para la atención integral.

119. La Organización Mundial de la Salud en junio de 2016 publicó el documento denominado “*Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021, hacia el fin del SIDA*”, en el cual señaló que el sector salud debe preservar la vida y la salud de las personas mediante la atención integral y centrada en los individuos, protegiendo a los más vulnerables y a los más expuestos a los riesgos⁵⁷.

120. Una de las formas de protección para las personas que viven con SIDA y que por alguna afectación a su salud ingresan a un Hospital, es indicar el aislamiento hospitalario, ello ante el riesgo de contraer infecciones nosocomiales, entre las cuales se encuentra la neumonía, pues dicha consecuencia puede provocar se prolongue su estancia hospitalaria⁵⁸, e incluso, poner en peligro su salud y vida; cuando la obligación del Estado es brindar las condiciones adecuadas para su tratamiento, conforme al derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud⁵⁹.

C. DERECHO A LA VIDA

121. 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 ... a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho... En ese sentido, 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 ...”*⁶⁰.

122. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre

⁵⁷ Págs. 14 y 15.

⁵⁸ <https://www.gob.mx/salud/en/articulos/infecciones-nosocomiales>

⁵⁹ Amparo en Revisión 378/2014, “Condiciones en las que se proporciona atención médica a pacientes con VIH/SIDA”, Segunda Sala de la SCJN, 15 de octubre de 2014.

⁶⁰ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción.

123. La Comisión Nacional en la Recomendación 52/2020, párrafo 63, emitida el 29 de octubre del 2020 señaló que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico 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 (médicos) para preservar la vida de sus pacientes”*.

124. 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, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR21 y AR22 personal médico del HGZ-30 y del HGR-1, también son el soporte que permitió acreditar la violación al derecho a la vida.

125. Respecto al derecho a la vida, en la aclaración de Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional se estableció que el inadecuado manejo médico, y como consecuencia de ello, el deceso de V, quedó evidenciado con el certificado de defunción al establecer como causa de fallecimiento, choque séptico (4 horas), perforación de víscera hueca (12 horas), tuberculosis meníngea (5 meses) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (7 meses), entidades las dos primeras como muy graves y de elevada mortalidad que no fueron diagnosticadas ni atendidas adecuada y oportunamente por todo el personal médico que lo trató, valoró o tuvo a su cargo.

126. Ello toda vez que las autoridades responsables *“al omitir solicitar la cuantificación de linfocitos TCD4+ y niveles de carga viral, impidió una objetiva valoración de la respuesta al tratamiento antirretroviral, así como hacer los ajustes necesarios en el tratamiento médico, el cual desde el punto de vista médico forense requería ajustarse ante la presencia de la*



infección de la totalidad de los senos paranasales y el absceso cerebral secundario, datos inequívocos de que el tratamiento antirretroviral había fallado y de que el paciente desarrolló síndrome de inmunodeficiencia adquirida, ocasionando un importante deterioro en su salud y consecuentemente en su calidad de vida, aunado a lo anterior, al omitir solicitar valoraciones por los servicios de otorrinolaringología y neurocirugía, hubo un retraso en el diagnóstico de la infección de la totalidad de los senos paranasales y del absceso cerebral y consecuentemente en su tratamiento específico tanto quirúrgico como médico, dejando con ello que dichas patologías cursaran una historia natural hacia el deterioro, impactando directamente en [su] estado de salud y calidad de vida..., ahora bien, independientemente de lo expuesto, al omitir indicar algún protector de la mucosa gástrica, y aunado al estrés por el cual cursó ... [V], este desarrollo un síndrome doloroso abdominal que evolucionó a una perforación de víscera hueca y el consecuente choque séptico, sin que haya sido valorado por el servicio de cirugía general, siendo estas entidades de elevada mortalidad, algunas de las causas agudas del lamentable fallecimiento de (V)".

127. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR21 y AR22 vulneraron en agravio de V, los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V, 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X, 32, 33, fracción II, y 51 de la Ley General de Salud, mismos que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

D. DERECHO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

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

129. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, párrafo 27, emitida el 31 de enero de 2017, 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 clínico⁶¹.

130. Resulta aplicable la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador” del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere “... la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarlas y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza⁶².

131. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de las 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. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad⁶³”.

132. 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 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 ...”.

⁶¹ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

⁶² CNDH. Recomendaciones: 70/2022, párrafo 55; 28/2021, párrafo 103; 4/2021, párrafo 156; 2/2021, párrafo 81; 87/2020, párrafo 114; 80/2019, párrafo 66; 1/2018, párrafo 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párrafo 171 y 14/2016, párrafo 41.

⁶³ Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.



133. Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”*⁶⁴.

134. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona⁶⁵.

135. Por lo que se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de V que fueron enviadas a este Organismo Nacional con motivo de la queja presentada por VI1, VI2 y VI3.

D.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

136. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, tan es así que en diversas Recomendaciones, se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, no cuentan con el nombre del médico que las emitió, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.

⁶⁴ CNDH. Recomendación General 29/2017.

⁶⁵ Ibidem, párrafo 34.

137. No obstante, de las Recomendaciones, el personal médico, en algunos de los casos, persisten en no dar cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012 “*Del expediente clínico*”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

138. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

139. Del expediente clínico formado por la atención médica que se le brindó a V, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se advirtió que en la hoja de Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias de las 11:07 y 1148 horas, en la nota de alta y tratamiento del Servicio de Urgencias de las 17:18, nota médica inicial de la 00:28 horas, del 8 de enero; nota médica inicial de las 00:28 horas, hoja de historia clínica ambas del 9 de enero; nota médica Clínica de VIH del Servicio de Neurología de las 16:21 horas del 12 de enero (refiere número de cedula profesional distinto a otras notas y aparece el mismo nombre del médico); hoja de indicaciones médicas del 19 de febrero (en la que se señaló que de manera verbal los servicios de neurocirugía y otorrinolaringología señalaron que V no era candidato a tratamiento quirúrgico, sin establecer nombre, cédulas y cargos de quienes emitieron dichas opiniones); nota médica de Interconsulta Neurocirugía de las 15:50 horas del 23 de febrero (no se señaló el estado clínico y lo encontrado en la exploración física); nota de indicaciones médicas del 27 de febrero; solicitudes de servicios de endoscopia, dermatología, neurología y neurocirugía de 2 de marzo; hoja de indicaciones médicas del 10 y 11 de marzo (no se señaló las condiciones clínicas en las que se encontró a V); nota de ingreso al Servicio de Medicina Interna de las 04:00 horas del 14 de abril, todas las notas anteriores del año 2018, y en las cuales en términos generales no se estableció el nombre, especialidad, ni cédula del médico tratante, o solo obra la firma.

140. Además, del expediente clínico que se hizo llegar a esta Comisión Nacional, en la Opinión Médica se estableció que no se cuenta con documentales médicas, de enfermería, estudios de laboratorio o gabinete dentro del periodo del 13 al 15 de enero; de los días 17, 20 y 21 de ese mes se tiene únicamente la hoja de enfermería; del 27 al 29 y 31 de enero, se

cuenta con la hoja de enfermería y hoja de indicaciones médicas; del 3 al 5 de febrero, se anexaron dos hojas de enfermería de la misma fecha en las que los datos vertidos son diferentes; de los días 11, 13, 14, 16, 17 y 18 de febrero, no se advierten las notas médicas, indicaciones médicas ni de enfermería; el 24, 25 y 28 de febrero no se encuentran notas ni indicaciones médicas, sólo hojas de enfermería; el 3 y 4 de marzo, únicamente se agregó la hoja de indicaciones médicas; el 18 y 19 de marzo, exclusivamente se sumaron dos solicitudes de laboratorio; el 28 de marzo, 1, 4, y del 6 al 11 de abril se omitió realizar las notas médicas, de indicaciones y enfermería con nombres completos, cargos y especialidad, resultados de laboratorio o gabinete; el 15 de abril no realizó el registro de atención médica, las condiciones clínicas en las cuales se encontró a V, notas de indicaciones médicas, resultados de laboratorio o gabinete, así como la nota de referencia/traslado y anexar copia del resumen clínico con el que se envió a V a otro hospital, todas del año 2018.

141. Lo cual incumple con la NOM-004-SSA3-2012 “Del expediente clínico” en sus numerales 5.8⁶⁶, 5.9⁶⁷, 5.10⁶⁸, 6.1⁶⁹, 6.3⁷⁰, 7.2.1⁷¹, 8⁷², 8.3⁷³, 9.1⁷⁴, 9.2.⁷⁵.

V. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

142. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR21 y AR22 provino de la falta de

⁶⁶ “Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de esta norma, deberán apearse a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.”

⁶⁷ “Las notas médicas y reportes... deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente...”

⁶⁸ “Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso...”

⁶⁹ “...Historia Clínica. Deberá elaborarla el personal médico, deberá tener los apartados siguientes: Interrogatorio por aparatos y sistemas. Exploración física. Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros. Diagnósticos. Pronóstico...”

⁷⁰ “Nota de Interconsulta... La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico.... La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con: Criterios diagnósticos... Plan de estudios...”

⁷¹ “En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, que deberá realizar el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista...”

⁷² “De las notas médicas en hospitalización...”

⁷³ “Nota de evolución... Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente, describirá lo siguiente: evolución y actualización del cuadro clínico, signos vitales, según se considere necesario, resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, diagnósticos o problemas clínicos, pronóstico, tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad...”

⁷⁴ “Hoja de enfermería... deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo: habitus exterior, gráfica de signos vitales, ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita, procedimientos realizados, y observaciones...”

⁷⁵ “De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento... Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo: fecha y hora del estudio, identificación del solicitante, estudio solicitado, problema clínico en estudio, resultados del estudio, incidentes y accidentes, si los hubo, identificación del personal que realizó el estudio, nombre completo y firma del personal que informa...”

diligencia con la que se condujeron dichas personas servidoras públicas en la atención médica que proporcionaron a V, tal como quedo acreditado en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas, por las omisiones y conductas descritas, lo que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida.

143. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en el expediente clínico de V, igualmente constituyen responsabilidad para AR1, AR2, AR3, AR4, AR7, AR8, AR11, AR12, AR13, AR15, AR19 y AR20 y demás médicos tratantes que no elaboraron las notas médicas correspondientes, u omitieron establecer el nombre, especialidad, cédula, o su firma, quienes infringieron los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012 “Del expediente clínico”.

144. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21 y AR22 incumplieron con las obligaciones contenidas en las fracciones I y VII del artículo 7 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas; y el diverso 303 de la Ley del Seguro Social, entonces vigentes, que prevén la obligación que tienen las personas servidoras públicas de observar los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia, eficiencia, calidez y calidad; actuar conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas, así como respetar, proteger y garantizar los derechos humanos.

145. Cabe señalar que, si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica, el diagnóstico, tratamiento oportuno y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

146. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, y 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º fracción III, 72, párrafo segundo, 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; y 63 de su Reglamento Interno, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que en ejercicio de su atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, para que con motivo de las observaciones realizadas

en la presente Recomendación con base en la Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional, se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra del personal médico involucrado en los hechos.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

147. 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 vía es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 26, 27 y 65, inciso c), de la Ley General de Víctimas, 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 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.

148. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, 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, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I y último párrafo, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas; y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y al acreditarse violaciones a los derechos humanos por inadecuada atención médica y pérdida de la vida, así como el acceso a la información en materia de salud en agravio de V, se deberá inscribir a VI1, VI2 y VI4, en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tenga acceso a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

149. 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”, y en diversos criterios de la CrIDH, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

150. En el “Caso Espinoza González Vs. Perú”, la CrIDH enunció 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”⁷⁶.

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

i. Medidas de rehabilitación.

152. 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”.

153. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación se deberá brindar, en caso de que lo requiera, a VI1, VI2 y VI3 atención psicológica y tanatológica, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor

⁷⁶ CrIDH, “Caso Espinoza González Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

curricular), la cual se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V que de manera desafortunada derivó en la pérdida de su vida.

154. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima indirecta, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente.

155. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos. Durante su desarrollo y conclusión podrá ser valorada por el personal con especialidad en la materia de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

ii. Medidas de compensación.

156. La compensación se encuentra establecida en los artículos 27, fracción III, 64, 65; inciso c), 68 y 72 de la Ley General de Víctimas, la cual consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto a otorgar como compensación a VI1, VI2 y VI3, derivado de la afectación a la salud y la desafortunada pérdida de la vida de V, para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la mencionada Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones.

iii. Medidas de satisfacción.

157. 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, comprende que el IMSS 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 presentará en contra de las personas servidoras públicas responsables en el presente pronunciamiento, 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.

158. Éstas se encuentran contempladas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

159. Es necesario que las autoridades del IMSS implementen un curso integral dirigido al personal directivo y médico del HGZ-30 y HGR-1, en el que se incluya las personas servidoras públicas responsables en el presente pronunciamiento, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección de la salud, derecho a la vida, así como la debida observancia y contenido de la NOM-010-SSA-2010 “Prevención y el Control de la Infección por VIH”, NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”, Guía de Práctica Clínica TAPAI por VIH, y Guía de Referencia Rápida LyLDAAT en Adulto, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en la materia.

160. Los manuales y contenido de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad, y se deberá realizar un registro de participantes, temario del curso, constancias y/o diplomas otorgados.

161. Todos los cursos serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de salud. Los cuales deberán ser no menores a 20 horas y contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.



162. Además, deberá entregar a esta Comisión Nacional las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, videos, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, fotos y evaluaciones, entre otros.

163. Se deberá emitir, en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya al personal directivo y médico del HGZ-30 y del HGR-1, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes, la cual debe ser publicada en el portal de intranet de esa institución.

164. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas a V, VI1, VI2 y VI3, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, acompañada del Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a VI1, VI2 y VI3, que incluya la compensación justa en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Otorgue atención psicológica y tanatológica que requieran VI1, VI2 y VI3 por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas y proveerles de los medicamentos que pudieran necesitar. La atención deberá brindarse gratuita, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su

consentimiento; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con la Fiscalía General de la República en la presentación y seguimiento de la denuncia que este Organismo Nacional formule en contra de quien o quienes resulten responsables de los hechos posiblemente constitutivos de conductas delictivas cometidas durante la atención de V, conforme al capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas en la presente Recomendación, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en el IMSS, en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21 y AR22, por las omisiones y acciones precisadas en los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación, y remita a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su colaboración.

QUINTA. Imparta en un término de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación al personal directivo y médico del HGZ-30 y HGR-1 en el que se incluya a las personas servidoras públicas responsables en el presente pronunciamiento, en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección de la salud, derecho a la vida, así como la debida observancia y contenido de la NOM-010-SSA-2010 “Prevención y el Control de la Infección por VIH”, NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”, Guía de Práctica Clínica TAPAI por VIH, y Guía de Referencia Rápida LyLDAAT en Adulto; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acredite su cumplimiento.

SEXTA. Emita una circular en el término de un mes, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, en la que se instruya al personal directivo y médico del HGZ-30 y HGR-1, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren

debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

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

166. 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.

167. 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.

168. 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