

RECOMENDACIÓN No. 219 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD Y A LA VIDA DE V, PERSONA ADULTA MAYOR Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN SU AGRAVIO, ASÍ COMO, DE QV, VI1, VI2 y VI3 EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 1 “DOCTOR CARLOS MAC GREGOR SÁNCHEZ NAVARRO” DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Ciudad de México, a 30 de noviembre de 2022

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

Distinguido director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en 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, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 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/1/2021/10609/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital Regional Mac Gregor, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México.

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 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 párrafo primero y 147, de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo,

de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11 fracción VI, 16, 113 fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Clave
Víctima Directa	V
Víctima Indirecta	VI
Persona Quejosa Víctima	QV
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Persona Médico Residente	PMR

4. La referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas para facilitar la lectura y evitar su constante repetición, por lo cual se identificarán de la siguiente manera:

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica. Para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica en Adultos en los Tres Niveles De Atención	GPC de la Insuficiencia Cardíaca Crónica en Adultos
Guía De Práctica Clínica. Para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad	GPC de Neumonía Adquirida en la Comunidad
Guía de Práctica Clínica. Para el Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural	GPC para Diagnóstico y Tratamiento de Derrame Pleural
Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto	GPC para Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico
Hospital General Regional N° 1 “Doctor Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS en la Ciudad de México	Hospital Regional Mac Gregor

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Ley General de Salud	LGS
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos	NOM-Para Organización y Funcionamiento de las UCI
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas	NOM-Para Residencias Médicas
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento del IMSS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI

I. HECHOS

5. El 28 de octubre de 2021, QV se inconformó ante esta CNDH por la atención brindada a su parentesco (V) de edad [REDACTED] al momento de los hechos, quien el 14

de septiembre de 2021 fue atendida en Urgencias del Hospital Regional Mac Gregor por insuficiencia respiratoria, siendo dada de alta el 22 de ese mismo mes y año con oxígeno “en casa” y diagnóstico de insuficiencia cardíaca y trombosis pulmonar,¹ sin embargo, el 15 de octubre de la referida anualidad reingresó al haberse agravado su estado de salud.

6. QV agregó que desde el primer ingreso se diagnosticó a V, con derrame pleural bilateral (acumulación de líquido en los pulmones), y no obstante que su **parentesco** VI1 autorizó la extracción del líquido de sus pulmones “fue dada de alta” y el 26 de octubre de 2021, se les requirió una segunda autorización pero se les dijo que “no tenían insumos necesarios”, por lo cual QV ofreció comprarlos y solicitó el traslado de su **parentesco** al tercer nivel de atención para que no continuara en riesgo su vida ya que consideró que se “violó su derecho a la salud” por situaciones que no le permitirían “una salud digna”.

7. En los subsecuentes días, V evolucionó al deterioro con aumento significativo de su proceso infeccioso, así como, de la lesión renal que cursaba y a las 02:10 horas del **fecha de fallecimiento** presentó paro cardiorrespiratorio que derivó en la pérdida de la vida a las **narración de hec** horas.

8. A fin de investigar y analizar las probables violaciones a derechos humanos en agravio de V, se inició el expediente **CNDH/1/2021/10609/Q**, por lo que, la referida autoridad informó la evolución de V hasta su deceso, obteniéndose posteriormente copia de su expediente clínico e informes de la atención médica que

¹ Afección en la que una o más arterias en los pulmones quedan obstruidas por un coágulo sanguíneo.

se le brindó en el Hospital Regional Mac Gregor, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Escrito de Queja de 28 de octubre de 2021, mediante el cual QV se inconformó por la atención brindada a V en el Hospital Regional Mac Gregor, lo cual reiteró a personal de este Organismo Nacional en la llamada telefónica de misma fecha.

10. Correos electrónicos del 29 al 31 de octubre de 2021, a través de los cuales el IMSS reportó a esta CNDH, que V se encontraba delicada con riesgo de complicaciones por [REDACTED]

[REDACTED]

11. Acta Circunstanciada de 1 de noviembre de 2021, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con QV, quien informó que a V le fue **condición de salud** siéndoles solicitada autorización para un “segundo procedimiento”.

² Tipo de shock como resultado de una respuesta inflamatoria generalizada del organismo por una infección.

³ Infección de los pulmones presentada durante una hospitalización y suele ser muy grave.

⁴ Conocida como insuficiencia cardíaca producida cuando el músculo del corazón no bombea sangre como debería hacerlo, pudiéndose acumular el líquido en los pulmones y causa falta de aliento.

⁵ Se utiliza para ayudar o sustituir a la respiración espontánea con dispositivos especiales que mejoran la oxigenación.

12. Correo electrónico de 5 de noviembre de 2021, a través del cual personal el IMSS comunicó a esta CNDH, que el [fecha de fallecimiento] V había fallecido por complicaciones derivadas de su enfermedad.

13. Acta Circunstanciada de 11 de noviembre de 2021, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica con QV, quien solicitó la continuidad de su queja porque consideró que V falleció por falta de atención médica.

14. Correo electrónico de 20 de enero de 2022, al que el IMSS adjuntó copia certificada del expediente clínico de V, destacándose lo siguiente:

14.1. Nota de ingreso a Urgencias de las 14:35 horas de 11 de septiembre de 2021, en la que PSP1 diagnóstico a V, con [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

⁶ Afección en la que una o más arterias en los pulmones quedan obstruidas por un coágulo sanguíneo.

⁷ El índice o escala de Wells es gran utilidad para descartar Trombosis Venosa Profunda cuando el riesgo es estimado como bajo.

⁸ El Ginebra Score ayuda a determinar la probabilidad pre-test del tromboembolismo pulmonar basada en la evaluación de una serie de factores de riesgo del paciente y hallazgos clínicos.

⁹ Comúnmente conocida como presión alta que se presenta cuando los vasos sanguíneos mantienen una presión mayor a 140/90 mm Hg; lo que significa que la fuerza ejercida por la sangre en venas y arterias es elevada, entre más alta sea, más esfuerzo hace el corazón para que la sangre circule adecuadamente y mayor es el riesgo del daño al corazón, cerebro y riñones

¹⁰ Es el tipo más común de diabetes, enfermedad que ocurre cuando el nivel de glucosa en la sangre es demasiado alto.



14.2. Nota agregada de las 23:38 horas del 11 de septiembre de 2021, en la que PSP1 describió a V como candidata para Angiotac (angiotomografía computarizada para producir imágenes detalladas de los vasos sanguíneos y tejidos del cuerpo).

14.3. Nota matutina de las 12:00 horas del 12 de septiembre de 2021, en la que PSP2 asentó que V ingresó con disnea (respiración difícil) de medianos a mínimos esfuerzos.

14.4. Nota de evolución nocturna de las 00:30 horas del 13 de septiembre de 2021, mediante la que PSP3 indicó que la Angiotac realizada el 12 de ese mes y año descartó que V presentara tromboembolia pulmonar pero sí compresión en el tejido pulmonar (consolidación bilateral), obstrucción de las vías aéreas (bronquios) denominada atelectasia derecha y derrame pleural bilateral.

14.5. Nota de ingreso a Medicina Interna de las 19:10 horas del 14 de septiembre de 2021, en la que AR1 reportó a V, con síndrome de derrame pleural bilateral de lado derecho al 80% y del lado izquierdo al 30%, dejándole anticoagulación profiláctica.¹¹

14.6. Nota de Medicina Interna de 15 de septiembre de 2021, en la cual personal médico de quien se desconocen datos y a quien se identificara como AR2 reportó a V sin datos de dificultad respiratoria y tolerando la vía oral.

¹¹ Fármacos utilizados para prevención y tratamiento de eventos tromboembólicos venosos o arteriales.



14.7. Nota de evolución de Medicina Interna de 18 de septiembre de 2021, en la cual AR3 indicó que V estaba en espera del ecocardiograma¹² para optimizar su manejo y pronóstico.

14.8. Nota de alta por mejoría de las 08:00 horas de 22 de septiembre de 2021, en la cual AR4 indicó el egreso de V con “oxígeno domiciliario” y diagnóstico de

[REDACTED]

14.9. Nota de evolución de Medicina Interna de 22 de septiembre de 2021, en la que PMR1 describió que V contaba con alta vigente en espera de oxígeno para su domicilio.

14.10. Triage y nota inicial del servicio de Urgencias de las 15:18 horas del 15 de octubre de 2021, en la cual AR5 diagnosticó a V, con condición de salud

[REDACTED]

¹² Prueba diagnóstica que, a través de ondas sonoras de alta frecuencia (ultrasonidos), aporta información acerca de la forma, tamaño y fuerza del corazón, movimiento y grosor de sus paredes y el funcionamiento de sus válvulas.

¹³ Clasificación Funcional de la New York Heart Association (NYHA) que mide la gravedad de la insuficiencia cardíaca en cuatro categorías en función del ejercicio físico, correspondiendo la III, a limitación de actividad física, en el grado I no aparecen síntomas con la actividad física rutinaria a pesar de haber disfunción ventricular; en el II, hay ligera limitación al ejercicio con síntomas con actividad física diaria ordinaria resultando en fatiga, disnea, palpitaciones que desaparecen con reposo o actividad física y el IV, alude a la incapacidad para cualquier actividad física e inclusive aparecen síntomas aun en reposo.

¹⁴ Afección respiratoria en la cual hay una infección del pulmón en el ámbito extrahospitalario que genera fiebre, entre otras y requiere para su diagnóstico análisis de sangre, radiografías, etc.

¹⁵ Tipo de neumonía que causa inflamación en los alvéolos provocándole problemas para respirar porque vías respiratorias están contraídas y por la inflamación es posible que los pulmones no obtengan suficiente aire.

14.11. Nota de evolución “jornada acumulada” de 16 de octubre de 2021 en la cual AR6 reportó que a V se le mantendría en observación por su estado de salud grave con pronóstico reservado para la vida y malo para la función.

14.12. Nota de valoración nocturna de las 23:35 horas del 16 de octubre de 2021, en la que PSP4 agregó al manejo clínico de V, **condición de salud**

14.13. Nota de evolución turno matutino de las 11:30 horas del 18 de octubre de 2021, en la que AR7 reportó a V, con disminución de derrame pleural.

14.14. Nota de evolución turno matutino de las 10:30 horas del 19 de octubre de 2021, en la que AR8 reportó a V, con datos de falla cardíaca y neumonía con alto riesgo de complicaciones y requerimiento de ventilación mecánica invasiva.

14.15. Nota de gravedad y procedimiento de las 10:00 (sic) horas del 19 de octubre de 2021, a través de la que AR8 reportó que colocó a V sonda orogástrica con ventilación mecánica invasiva.

14.16. Nota de procedimiento agregado de las 17:11 horas del 19 de octubre de 2021, en la que AR9 describió que a V se le colocó catéter venoso central sin complicaciones.

14.17. Nota de ingreso a Medicina Interna de las 03:00 horas del 20 de octubre de 2021, en la cual PMR2 indicó que V inició tratamiento con antibiótico por



haber presentado secreciones purulentas y antecedente de hospitalización con neumonía nosocomial.

14.18. Nota de revisión nocturna de Medicina Interna de las 06:00 horas del 20 de octubre de 2021, a través de la cual personal médico con datos ilegibles y a quien se identificará como AR10 solicitó radiografía o tomografía para determinar grado de extensión de afección pulmonar de V.

14.19. Nota de evolución y gravedad de Medicina Interna de las 11:36 horas del 20 de octubre de 2021, en la cual AR11 reportó a V, con gravedad y alta probabilidad de fallecimiento.

14.20. Nota de valoración Infectología vespertino de las 16:00 horas del 21 de octubre de 2021, en la que se reportó a V, con fiebre (picos febriles) en las últimas horas por lo cual solicitó cultivos y ajuste de esquema antimicrobiano a doble esquema (cefepime y linezolid).

14.21. Nota de evolución y gravedad de Medicina Interna de las 12:48 horas del 22 de octubre de 2021, en la que AR11 reportó que el cultivo bronquial de V no presentó desarrollo bacterial.

14.22. Indicaciones médicas de Medicina Interna del 21 al 22 de octubre de 2021 con modificaciones del esquema terapéutico de antibióticos suministrando a V.



14.23. Nota de evolución de Medicina Interna y gravedad de las 20:00 horas del 23 de octubre de 2021, mediante la cual AR13 prescribió manejo con corticoesteroide (hidrocortisona) para choque refractario.

14.24. Nota de Medicina Interna Nocturna de Gravedad de las 05:00 horas del 24 de octubre de 2021, en la que AR14 describió a V, con evolución tórpida en las últimas horas por choque mixto (séptico y cardiogénico), con pronóstico malo y riesgo de muerte alto a corto plazo.

14.25. Nota de evolución y gravedad Medicina Interna de las 09:00 horas del 25 de octubre de 2021, en la que AR11 reportó que aún estaban pendientes los reportes de hemocultivo y urocultivo de V. Nota Incompleta.

14.26. Nota de evolución y gravedad de Medicina Interna de las 12:19 horas del 27 de octubre de 2021, mediante la cual AR11 describió a V, con altas posibilidades de complicaciones.

14.27. Nota de evolución y gravedad de Medicina Interna de las 14:00 horas del 29 de octubre de 2021, a través de la que AR11 reportó que a V se le realizó toracocentesis con colocación de sonda endopleural izquierda.¹⁶

¹⁶ Tubo flexible y hueco puesto dentro del tórax que actúa como drenaje que permite la salida de sangre, líquido o aire desde el espacio alrededor de los pulmones, el corazón o el esófago.



14.28. Nota de interconsulta de Nefrología sin fecha en la que AR15 describió a V como paciente crítica no candidata a hemodiálisis¹⁷ por alto riesgo de complicaciones hemodinámicas e incluso mortales.

14.29. Nota de evolución jornada acumulada de las 11:40 horas del 31 de octubre de 2021 en la cual AR3 describió que V presentaba datos de derrame pleural derecho del 80% y acidosis metabólica.

14.30. Nota de evolución de Medicina Interna de 1º de noviembre de 2021, en la cual AR11 indicó que V inició terapia antibiótico dual con solicitud de urocultivo, hemocultivo y cultivo de aspiración bronquial con radiografía de tórax.

14.31. Nota de alta por defunción del servicio de Medicina Interna fecha de fallecimiento [REDACTED] en la cual PSP5 indicó que los resultados de cultivo de líquido pleural y hemocultivo de V dieron positivo a *C. Albicans*,¹⁸ quien a las 02:10 horas presentó paro cardiorrespiratorio declarándose su defunción a las narración de nec horas.

14.32. Nota de cierre por defunción de Medicina Interna de fecha de fallecimiento [REDACTED] y certificado de defunción de V en el cual se indicó

¹⁷ Tratamiento para filtrar las toxinas y el agua de la sangre, como lo hacían los riñones cuando estaban sanos, ayuda a controlar la presión arterial y a equilibrar los minerales en la sangre como el potasio, sodio y calcio.

¹⁸ La candidiasis es una infección causada por especies de *Candida* (con mayor frecuencia *C. albicans*), que se manifiesta a través de lesiones mucocutáneas, fungemia y, en ocasiones, infecciones localizadas en múltiples sitios.

como causa del deceso: [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

14.33. Informe de 29 de diciembre de 2021, en el que PSP5 reportó que V ingresó a Medicina Interna el 28 de octubre y egresó el 4 de noviembre de ese año por **condición de salud** [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

15. Opinión Médica de 11 de mayo de 2022, en la que personal médico de esta CNDH concluyó que la atención médica brindada a V en el Hospital Regional Mac Gregor del 11 al 22 de septiembre y del 15 de octubre al 4 de noviembre de 2021, fue inadecuada.

16. Acta Circunstanciada de 12 de septiembre de 2022, por la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar que QV comunicó vía telefónica que no presentó queja en el IMSS ni en la Fiscalía General de la República (FGR) y agregó que sus **parentesco** son VI1, VI2 y VI3.

¹⁹ Infección grave y generalizada de todo el organismo debida a la existencia de un foco infeccioso en el interior del cuerpo del cual pasan gérmenes patógenos a la sangre y requiere intervención rápida.

²⁰ La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto establece que la candidemia se asocia al incremento de morbilidad, estancia hospitalaria prolongada, secuelas y mayor mortalidad, siendo su presencia un factor pronóstico independiente de mortalidad.

17. Correo electrónico de 12 de octubre de 2022 a través del cual personal del IMSS adjuntó el listado vigente del personal médico interviniente en la atención de V, de entre quienes destacó AR1, AR3, AR4, AR11, AR12 y AR14, asimismo, agregó que no cuenta con datos que evidencien que se hubiera presentado reclamación patrimonial del Estado o algún procedimiento administrativo en el caso que nos ocupa.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

18. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no obran constancias que acrediten el inicio de algún procedimiento de responsabilidades administrativas en el Órgano Interno de Control en el IMSS, ni denuncia ante la FGR con motivo de los hechos materia de la queja.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

19. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2021/10609/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud, a la vida y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V y este último de QV, VI1, VI2 y VI3 atribuibles al personal médico del Hospital Regional Mac Gregor con base en las siguientes consideraciones.

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD

20. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,²¹ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.

21. La SCJN ha establecido que, “(...) El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”.²²

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

²¹ CNDH. Recomendaciones: 92/2022, párrafo 18, 71/2021, párrafo 41; 80/2019, párrafo 30; 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, entre otras.

²² Jurisprudencia administrativa, “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, Registro 167530.

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

24. El párrafo 1º, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como “(...) un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás (...). Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante (...) procedimientos complementarios, como (...) aplicación de (...) programas de salud elaborados por la (...) (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)”.²³

25. En los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, se reconoce el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por ello el Estado debe adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el

²³ “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.



“Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”,²⁴ consideró que, “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

26. Del análisis realizado se advirtió que AR1, AR2, AR3 y AR4 adscritos a Medicina Interna quienes atendieron a V, del 11 al 22 de septiembre de 2021, a su vez, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 adscritos a Urgencias, AR10, AR11, AR13 y AR14 de Medicina Interna, AR12 y AR15 de Infectología y Nefrología, respectivamente, quienes la atendieron del 15 de octubre al 4 de noviembre de ese mismo año en el Hospital Regional Mac Gregor derivado de su respectiva calidad de garantes atento a lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, vigente al momento de los hechos omitieron la adecuada atención médica que V requería para brindarle un diagnóstico de certeza con tratamiento oportuno, lo que incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud y a la vida de una persona adulta mayor con comorbilidades previas, así como, a la falta de acceso a la información en materia de salud en su agravio como de las víctimas indirectas, lo cual será materia de análisis posterior a sus antecedentes clínicos.

❖ Antecedentes clínicos de V

27. El presente versa sobre el caso de V, persona del sexo **sexo, edad** de edad al momento de los hechos, portadora de **condición de salud** de seis años de diagnóstico **condición de salud**

²⁴ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.



condición de salud

de 25 años de evolución manejada con hemorreológico (pentoxifilina),²⁵ siendo alérgica a condición de salud

28. Debido a que a las 20:35 horas del 11 de septiembre de 2021, presentó dificultad para respirar (disnea) de medianos esfuerzos y tos con expectoraciones blanquecinas y amarillas, parentesco, sin proporcionar datos de identificación, la llevó a Urgencias del Hospital Regional Mac Gregor donde debido a que PSP1 la encontró con elevación de presión arterial (149/71 mmHg lo adecuado 120/70 mmHg), taquicardia 119 latidos por minuto (adecuado de 70 a 100), taquipnea 30 respiraciones por minuto (adecuado de 16 a 18 respiraciones por minuto) y saturación al 86% (adecuado 92 a 100%), le diagnosticó condición de salud

29. Los resultados de sus estudios de laboratorio de las 23:38 horas de ese mismo día, evidenciaron aumento del dímero D²⁶ y tiempos de coagulación prolongados, por lo cual de manera oportuna solicitó angiotomografía computarizada, al siguiente día, esto es, el 12 de ese mes y año, PSP2 la reportó con mejoría de la acidosis respiratoria.²⁷

²⁵ La hemorreología es la ciencia que trata del estudio de la circulación sanguínea y de los factores que influyen en sus propiedades.

²⁶ Se utiliza para buscar problemas de coagulación sanguínea, debido a que los coágulos de sangre pueden causar problemas de salud como trombosis venosa profunda (TVP).

²⁷ Afección que ocurre cuando los pulmones no pueden eliminar todo el dióxido de carbono que produce el cuerpo, lo que genera que los líquidos del cuerpo, especialmente la sangre, se vuelvan demasiado ácidos.

30. A las 00:30 horas del 13 de septiembre de 2021, PSP3 descartó que V cursara tromboembolia pulmonar, no obstante, sí presentaba compresión en el tejido pulmonar (consolidación bilateral),²⁸ obstrucción de vías aéreas por colapso completo o parcial de un pulmón o parte del mismo (atelectasia derecha) y derrame pleural bilateral lo cual confirmó el resultado de la angiotomografía y que ameritó se agregara antibiótico (levofloxacino) a su tratamiento por los diagnósticos de insuficiencia cardiaca congestiva NYHA III, neumonía adquirida en la comunidad, derrame pleural bilateral, hipertensión arterial sistémica y desequilibrio acido base alcalemia con alcalosis respiratoria compensada,²⁹ lo que en opinión del especialista de esta CNDH hasta ese momento fue adecuado y apegado a la GPC de la Neumonía Adquirida en la Comunidad.

A.1. Violación al derecho humano a la protección a la salud de V

❖ Medicina Interna del 14 al 22 de septiembre de 2021

31. El 14 de septiembre de 2021, cuando V ingresó a Medicina Interna del Hospital Regional Mac Gregor fue atendida por AR1 adscrita a dicho servicio, quien la reportó con signos vitales estables, hidratada, con datos clínicos de insuficiencia cardiaca,³⁰ portadora de **condición de salud**

²⁸ Región normalmente comprimible del tejido pulmonar que, por una razón u otra, se encuentra reemplazado con líquido en vez de aire.

²⁹ La alcalosis compensada se presenta cuando el cuerpo retorna el equilibrio ácido básico a casi lo normal en casos de alcalosis, pero los niveles de bicarbonato y dióxido de carbono permanecen anormales.

³⁰ Afección grave pero común caracterizada porque el corazón no puede bombear suficiente sangre para satisfacer las necesidades del cuerpo y en el caso particular en la Opinión Médica de esta CNDH se asentó que es la presencia de ingurgitación yugular grado II: llenado de la vena yugular desde la mitad inferior del trayecto entre quijada y clavícula, reflejo hepatoyugular: producido al hacer



condición de salud

32. Personal especializado de esta CNDH destacó que, para el momento en que AR1 revisó a V, si bien no presentaba agravaciones respecto a su patrón respiratorio -lo cual pudiera considerarse como estabilidad hemodinámica-, ante la sospecha de infección de origen pulmonar y con base en el nivel del derrame pleural reportado, debió realizar toracocentesis evacuadora y diagnóstica derecha,³¹ con envío de toma de muestra a estudio, lo que al no haber sucedido incidió en la persistencia de su evolución al deterioro.

33. Aun cuando el 15 de septiembre de 2021, AR2 adscrito a Medicina Interna reportó a V hemodinámicamente estable sin datos de dificultad respiratoria, pulsos carotídeos sin soplos agregados (ruido silbante), con movimientos de amplexación disminuidos de amplitud,³² abdomen inflamado (aumentado a expensas de pániculo adiposo sin irritación peritoneal) y extremidades íntegras únicamente consideró la continuidad de su tratamiento sin que profundizara respecto al derrame pleural que cursaba de acuerdo a la valoración previa de AR1.

34. Después de dos días sin que se conozca el seguimiento dado a V ante la falta de evidencia que lo corrobore, el 18 de septiembre de 2021, AR3 del mismo

presión en el abdomen por medio a un minuto de forma que aparecen ingurgitadas las venas yugulares, precordio rítmico, aumentado en la frecuencia y la intensidad.

³¹ Aspiración con aguja de líquidos de un derrame pleural ya que la toracocentesis diagnóstica está indicada para casi todos los pacientes con líquido pleural nuevo o de etiología incierta y ≥ 10 mm de espesor en la tomografía computarizada, ecografía o radiografía en decúbito lateral.

³² La amplexión nos permite precisar la amplitud del movimiento respiratorio en dirección anteroposterior de cada hemitórax.



servicio de Medicina Interna reiteró la continuidad del manejo antimicrobiano de V y ajustó el tratamiento con el que se logró la disminución de la sintomatología respiratoria considerando que la cardiopatía estaba condicionada a su hipertensión arterial y que aún estaba pendiente la realización del ecocardiograma para optimizar su manejo.

35. Agregó que los resultados de los estudios de laboratorio del 17 de ese mes y año demostraron elevación de glucosa, encontrándose la función renal, hemoglobina y dos electrolitos (sodio y potasio) en parámetros adecuados, al respecto, personal médico de esta CNDH destacó que al omitir lo referente a las células que evalúan el proceso infeccioso le impidió a AR3 determinar si existía hasta ese momento alguna efectividad a nivel bioquímico con el tratamiento brindado.

36. En la precitada Opinión Médica igualmente se agregó que pese al estado de salud de V por las condiciones del derrame pleural que cursaba, AR1, AR2 y AR3 no le realizaron toracocentesis evacuadora y diagnóstica derecha³³ a fin de que se remitiera a estudio la muestra del líquido que se le extrajera, lo que les hubiera permitido determinar con certeza su seguimiento máxime que el referido derrame pleural bilateral abarcaba el 80% del lado derecho y el 30% del lado izquierdo; lo que también ameritaba una radiografía de tórax para verificar si presentaba alguna mejoría con tratamiento prescrito.

³³ Aspiración con aguja de líquidos de un derrame pleural ya que la toracocentesis diagnóstica está indicada para casi todos los pacientes con líquido pleural nuevo o de etiología incierta y ≥ 10 mm de espesor en la tomografía computarizada, ecografía o radiografía en decúbito lateral.

37. Lo que al no haber acontecido evidenció la inobservancia por AR1, AR2 y AR3 a la GPC Para Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural, la cual sugiere toracocentesis diagnóstica en pacientes adultos con derrame pleural unilateral con sospecha de exudado y un DP (derrame pleural) > 10mm de profundidad o con datos de sepsis de origen pulmonar con estudios bioquímicos inclusive señala que ante la sospecha de derrame pleural infeccioso se debe tomar hemocultivo y cultivos de 50 ml de LP (líquido pleural) con envío a gasometría, 5 ml a bacteriología, entre otras mediciones, lo que no sucedió.

38. A dichas irregularidades en el manejo clínico de V, se adiciona que a las 08:00 horas del 22 de septiembre de 2021, AR4 adscrita también a Medicina Interna reportó a V, consciente, orientada, con tolerancia a la vía oral, precordio rítmico (región anterior y media de la pared torácica) sin agregados, campos pulmonares con murmullo vesicular presente, disminuido en regiones infraescapular izquierda, saturando al 93% con oxígeno suplementario con puntas nasales, abdomen normal (asignológico) y sin datos de compromiso neurovascular distal.

39. Por lo cual, la diagnosticó con insuficiencia cardiaca crónica descompensada NYHA III, neumonía adquirida en la comunidad, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus II e indicó su “alta por mejoría” con oxígeno domiciliario “A 5l/MIN, 16 HRS AL DIA”, dieta de 1800 kcal y cita abierta a Urgencias en caso de que presentara datos de alarma, sin embargo, en dicha determinación minimizó cuando en los laboratorios del 21 de septiembre de 2021, sobresalía la persistencia en el aumento de células inflamatorias (leucocitosis $11\ 730 \times 10^3/\mu\text{L}$ siendo lo adecuado de 4.8 a 10).

40. Además, en la Opinión Médica de esta CNDH se destacó que el personal médico de referencia debió haber actualizado la angiotomografía realizada a V

cuando se le reportó con compresión en el tejido pulmonar, obstrucción de las vías aéreas y derrame pleural bilateral, particularidades que inclusive AR1 documentó a su ingreso a Medicina Interna, lo que al no haberse solicitado impidió que se verificara la evolución del derrame pleural que cursaba, es decir, si había disminuido o no, aunado a que tampoco se estableció de manera fehaciente el agente causal de la neumonía ante la persistencia en el aumento de células inflamatorias, lo cual imposibilitó saber si el tratamiento prescrito era el indicado, por tanto, se afirma que el egreso indicado por AR4 fue prematuro y sin elementos bioquímicos indispensables para su mejoría.

41. No pasa inadvertido que desde las 08:00 horas del 22 de septiembre de 2021, AR4 indicó el alta de V, sin embargo, a las 11:40 horas, aún continuaba en Medicina Interna lo cual se acredita porque PMR1 la reportó con hipotensión, precordio rítmico de baja intensidad y campos pulmonares con murmullo vesicular³⁴ disminuido en región infraescapular izquierdo pese a que sus signos vitales estaban estables, entre otros, limitándose a señalar que estaba con alta vigente y en espera de la llegada de oxígeno para domicilio -lo cual será materia de análisis en el apartado de PMR-, reiterándose que la decisión de AR4 fue anticipada atento a la sintomatología que presentaba.

❖ Urgencias del 15 al 19 de octubre de 2021

42. Como resultado de la inadecuada atención médica de V, se advirtió que a las 15:13 horas del 15 de octubre de 2021, reingresó a Urgencias del Hospital Regional

³⁴ Sonido perceptible en la auscultación pulmonar, que se origina por la entrada del aire en el árbol y el parénquima sano pero disminuido.

Mac Gregor donde le comunicó a AR5 adscrita a dicho servicio, que había iniciado su padecimiento con un cuadro de disnea desde 1º de septiembre de ese año.

43. Si bien, AR5 la reportó con signos vitales estables debido a que a la exploración física presentó a nivel **condición de salud**

[REDACTED]

44. A las 11:00 horas del 16 de octubre de 2021, AR6 del servicio de Urgencias agregó al manejo médico de V, un broncodilatador (micronebulizaciones Combivent) por la persistencia en la dificultad respiratoria (disnea), quien además presentaba palidez mucotegumentaria y oxígeno suplementario por cánulas nasales (4 litros por minuto), área pulmonar con murmullo vesicular abolido (disminución de la acción respiratoria),³⁶ estertores subcrepitantes finos infraescapulares de ambos lados³⁷ y ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad.

³⁵ La bronconeumonía es un tipo de neumonía que afecta los bronquios de los pulmones y comúnmente es el resultado de una infección bacteriana, pero las infecciones virales y fúngicas también pueden causarla. Los síntomas pueden variar, pero a menudo incluyen tos, dificultad para respirar y fiebre.

³⁶ Es un ruido similar a las sibilancias que se escucha cuando una persona respira. Generalmente se debe a una obstrucción del flujo de aire en la tráquea o en la parte posterior de la garganta.

³⁷ Son pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones.

45. Personal médico de esta CNDH concluyó que AR5 y AR6 omitieron solicitar estudios de imagen para que profundizaran en el estudio del derrame pleural con el que V arribó a Urgencias, lo cual evidenció su inobservancia a la GPC para Diagnóstico y Tratamiento de Derrame Pleural cuando señala que para la evaluación inicial y seguimiento en el derrame pleural de tipo infeccioso se requieren estudios de diagnóstico por laboratorio (biometría hemática BH y PCR), radiografía de tórax (PA, lateral), ultrasonido torácico y tomografía computada de tórax para un diagnóstico por imagen, lo cual no consideraron.

46. Contrario a ello, a las 23:35 horas del referido 16 de octubre de 2021, ante la persistencia a la hipotensión y aumento de respiraciones (22 por minuto) de V, PSP4 indicó que cursaba con datos característicos de síndrome de derrame pleural,³⁸ lo cual constató con radiografía de tórax y la diagnosticó con insuficiencia cardiaca crónica descompensada NYHA III/AHAc,³⁹ derrame pleural bilateral 50%, hipertensión arterial sistémica (en tratamiento), lesión renal aguda AKIN II,⁴⁰ desequilibrio hidroelectrolítico,⁴¹ hiponatremia crónica hipoosmolar euvolémica e hipocloremia,⁴² indicándole que continuaría con diuréticos para evaluar la necesidad

³⁸ Disminución del murmullo vesicular, sonido mate a la percusión, vibraciones vocales disminuidas.

³⁹ American Heart Association que propone reducción en el límite superior de normalidad para clasificar la hipertensión arterial.

⁴⁰ La lesión renal aguda es la disminución rápida de la función renal en días o semanas que causa acumulación de productos nitrogenados en la sangre (azoemia) con o sin reducción de la diuresis y cuenta con una clasificación para determinar el daño presentado; II: aumento de la concentración de creatinina sérica de $\geq 0,3$ mg/dl ($26,5 \mu\text{mol/l}$) durante 48 horas o aumento de $\geq 1,5$ veces en los últimos 7 días, o diuresis $< 0,5$ ml/kg/h durante 6 horas).

⁴¹ Son alteraciones del contenido de agua o electrolitos en el cuerpo cuando la cantidad baja o aumenta, entre las causas que lo provocan se encuentra la pérdida de fluidos corporales por períodos prolongados con vómitos, diarrea, sudoración o fiebre alta, dieta inadecuada y falta de vitaminas de los alimentos.

⁴² La primera se da porque el agua corporal total se incrementa, pero el contenido de sodio del cuerpo permanece igual y en el segundo, se caracteriza por disminución del suministro de cloro en

de extraerle líquido de los pulmones (toracocentesis), seguimiento de oxígeno suplementario hasta que saturara arriba del 90%, con tiempos de coagulación y electrocardiograma de 12 derivaciones, lo cual fue adecuado en opinión del especialista de esta CNDH.

47. Para el 18 de octubre de 2021, V continuaba con persistencia a la hipotensión, aumento de frecuencia cardiaca (taquicardia) y respiración anormalmente rápida (taquipnea) pese a que refería “mejoría de la disnea”, encontrándola AR7 del servicio de Urgencias a nivel pulmonar con murmullo vesicular generalizado (sonido muy suave perceptible durante la inspiración) sin estertores ni sibilancias, con remisión de la elevación de los elementos de desecho de los riñones (azoados), en tanto, la placa de tórax reportó “disminución de derrame pleural”, lo que ameritó su ingreso a Medicina Interna para monitoreo.

48. En la Opinión Médica de esta CNDH se destacó que el hecho de que AR7 indicara que V tenía reducción del derrame pleural era insuficiente para considerar su mejoría ante la falta de estudios de laboratorio como biometría hemática y Proteína C Reactiva que evaluaran integralmente su real condición de acuerdo con lo señalado en la GPC para Diagnóstico y Tratamiento de Derrame Pleural previamente mencionada.

49. Omisión que también incidió en la evolución al deterioro en el estado de salud de V, a quien a las 10:30 horas del 19 de octubre de 2021, AR8 adscrita a Urgencias

las nefronas -unidad funcional del riñón que produce orina concentrada cuando realiza ultrafiltrado de la sangre-.

la reportó con deterioro del patrón respiratorio,⁴³ hipertensión arterial (155/90 mmHg), taquipnea (40 respiraciones por minuto) y taquicardia (130 latidos por minuto), palidez de piel y tegumentos, tórax con uso de musculatura accesoria de la ventilación, aumento de la mecánica ventilatoria,⁴⁴ respiración demasiado lenta (hipoventilación en hemitórax izquierdo y base derecha),⁴⁵ sonidos crepitantes de predominio basal bilateral,⁴⁶ sibilancias respiratorias diseminadas y ruidos cardíacos con aumento de frecuencia representativo de falla cardíaca, neumonía con derrame pleural bilateral de predominio izquierdo y datos de agudización de la falla cardíaca lo cual ameritó solicitud de ventilación mecánica invasiva⁴⁷ de urgencia por HACOR score de 9 puntos.⁴⁸

50. En la Opinión Médica de esta CNDH se confirmó que V cursaba síndrome pulmonar tipo derrame pleural que condicionó la agudización de la falla cardíaca caracterizada por ruidos cardíacos y aumento en su frecuencia, lo que ameritó ventilación mecánica invasiva de urgencia y que al percatarse AR8 que no otorgaba

⁴³ Disminución de las reservas de energía que provoca incapacidad a la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida.

⁴⁴ Procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato para suplir o colaborar con la función respiratoria de una persona que no puede o no se desea que lo haga por sí misma, de forma que mejore la oxigenación e influya en la mecánica pulmonar.

⁴⁵ Respiración demasiado superficial que no satisface las necesidades del cuerpo.

⁴⁶ Ruidos respiratorios accesorios producidos por el paso del aire a través de los bronquios o alveolos con sustancias líquidas o semilíquidas muy fluidas. Los crepitantes son uno de los signos clásicos del tromboembolismo pulmonar y en estas enfermedades se localizan de manera generalizada y bilateral en los pulmones.

⁴⁷ Forma de manejo avanzado de la vía aérea para administrar oxígeno y/o regular la ventilación a nivel de la tráquea a través de tres vías principales: intubación orofaríngea, nasofaríngea y traqueostomía.

⁴⁸ Score predictivo de fracaso de la ventilación mecánica no invasiva utilizado como herramienta para identificar pacientes con alto riesgo de fracaso, aquellos con score HACOR > 5, a los 60 minutos de iniciación de la ventilación no invasiva tienen un riesgo muy alto de fracaso, por lo cual la intubación temprana puede reducir la mortalidad hospitalaria, manteniéndose la precisión diagnóstica para su fracaso cuando se evalúa a las 12, 24 y 48 horas del procedimiento.

los niveles requeridos de oxigenación debido a que llegó a 50 respiraciones por minuto decidió intubación orotraqueal (manejo avanzado de la vía aérea) ante su dificultad respiratoria aguda, lo cual ameritaba interconsulta a la UCI, sin que lo considerara.

51. A las 17:11 horas del mismo 19 de octubre de 2021, AR9 del servicio de Urgencias colocó un catéter venoso central en región derecha del tórax para administrarle y controlar líquidos y medicamentos a V, y no obstante su estado de gravedad tampoco requirió su interconsulta a la UCI acorde a lo señalado por el médico de este Organismo Nacional, por tanto, AR8 y AR9 inobservaron los puntos 5.5, 5.5.1.1.2, 5.5.1.1.3 y 5.5.1.2.2, de la NOM-Para Organización y Funcionamiento de las UCI, los cuales señalan como criterios de ingreso a aquellos pacientes con alto riesgo, requerimiento de monitoreo o cuidados especiales debiéndose priorizar a quienes necesitan monitoreo intensivo e intervenciones inmediatas por padecimientos graves, agudos o con alguna complicación, aspectos que V cumplía y que al haber sido minimizados por dichas personas servidoras públicas trascendió al avance al detrimento de su salud por lo siguiente.

❖ **Medicina Interna del 20 de octubre al 4 de noviembre de 2021**

52. V ingresó a Medicina Interna el 20 de octubre de 2021 para monitoreo de la ventilación mecánica invasiva y terapia de estimulación de la función cardiaca (aminas),⁴⁹ reportándola PMR2 bajo sedación con hipotensión arterial, fiebre,

⁴⁹ La meta principal del uso de aminas es mejorar la hemodinamia, es decir, la perfusión, llenado capilar, gasto urinario y en general el patrón hemodinámico en ese momento.

taquipnea, pulsos carotídeos sincrónicos,⁵⁰ ingurgitación yugular grado II,⁵¹ reflejo hepatojugular,⁵² tórax posterior con movimientos de amplexión y amplexación asimétricos, murmullo vesicular en ambos hemitórax con estertores crepitantes basales bilaterales,⁵³ a la percusión claro pulmonar⁵⁴ en ambos hemitórax y sonidos cardiacos rítmicos con adecuada frecuencia e intensidad.

53. Igualmente, destacó que V contaba con antecedente de hospitalización por neumonía adquirida en la comunidad, que había sido egresada hacía un mes y que su actual revisión se debió a dificultad respiratoria con secreciones purulentas cuando se le intubó, destacó que los resultados de los laboratorios del 19 de octubre de 2021 evidenciaron aumento de la glucosa central, lesión renal aguda⁵⁵ y proceso infeccioso, por lo cual la diagnosticó con choque séptico de origen pulmonar,⁵⁶ neumonía nosocomial tardía germen no aislado,⁵⁷ insuficiencia cardiaca congestiva

⁵⁰ La arteria carótida transporta sangre oxigenada del corazón al cerebro y el pulso de la carótida se puede sentir a cada lado en la parte frontal del cuello debajo del ángulo de la quijada y es sincrónico cuando el latido central debe generar una onda pulsátil palpable en un pulso periférico.

⁵¹ Para la ingurgitación yugular la distensión de la vena yugular proporciona indicación de la presión auricular derecha y el grado II, se refiere al llenado de la mitad inferior del trayecto entre la quijada y la clavícula.

⁵² Se refiere a elevación de la presión venosa yugular cuando se presiona el hipocondrio derecho durante 10 a 30 segundos y se manifiesta por ingurgitación de las venas yugulares de más de 3-4 cm que cae cuando se suspende la maniobra.

⁵³ Ruidos respiratorios accesorios producidos por el paso del aire a través de los bronquios o alveolos con sustancias líquidas o semilíquidas muy fluidas.

⁵⁴ El ruido que se obtiene normalmente al percutir sobre las áreas torácicas correspondientes al pulmón recibe el nombre de claro pulmonar.

⁵⁵ Pérdida súbita de la capacidad de los riñones para eliminar el exceso de líquido y electrolitos, así como material de desecho de la sangre, siendo más común en personas hospitalizadas y que necesitan cuidados intensivos por desarrollarse rápidamente en algunas horas o días, pudiendo ser mortal.

⁵⁶ El choque séptico es un tipo de shock que se produce como resultado de una respuesta inflamatoria generalizada del organismo debido a una infección y es una sepsis en la que los trastornos de los sistemas cardiovascular, metabólico y a nivel celular son tan profundos que aumenta de manera significativa la mortalidad.

⁵⁷ Infección de los pulmones durante una hospitalización que puede ser muy grave.

NYHA II/AHAc, diabetes mellitus tipo II (controlada) e hipertensión arterial sistémica, iniciándole tratamiento antibiótico (levofloxacino), lo que en opinión del personal médico de esta CNDH era indicativo de un proceso infeccioso con sospecha de que su origen fuera pulmonar.

54. A las 06:00 horas del 20 de octubre de 2021, AR10 adscrito a Medicina Interna indicó que con base en los resultados de sus laboratorios y gasometría arterial (equilibrio ácido base),⁵⁸ V continuaba con persistencia del proceso infeccioso, lesión renal aguda y anemia leve debido a que el electrocardiograma no demostró alguna lesión tipo necrosis o isquemia.⁵⁹

55. AR10 también asentó que V dependía de aminas y “(...) verbalmente se indica por médico residente de urgencias haberse hecho toracocentesis derecha de tipo terapéutica aunque no se consigna esto en el expediente, aparentemente refiere [que] se extrajeron 1-5 Lt (...)”, por lo cual la mantuvo bajo sedación (doble sedación) y analgesia con cobertura antimicrobiana, sugirió toma de cultivo de secreción bronquial y escalar antimicrobiano por características purulentas, así como, radiografía o tomografía para determinar el grado de extensión de afección pulmonar, describiéndola muy grave con pronóstico sombrío.

56. En ese sentido, personal médico de este Organismo Nacional destacó que no obstante el pronóstico dado a V, AR10 omitió también su interconsulta a la UCI para valoración y posible ingreso ante su inminente gravedad aunado a que

⁵⁸ Prueba utilizada para registrar lo bien que los pulmones pueden trasladar el oxígeno a la sangre y eliminar el dióxido de carbono de esta.

⁵⁹ Falta de suministro de sangre a una parte del cuerpo que puede causar daño a los tejidos debido a la falta de oxígeno y nutrientes.

tampoco solicitó hemocultivos ni cultivo del esputo (flema) para brindarle un tratamiento idóneo, a lo que se suma que no corroboró que realmente se le hubiera realizado toracocentesis, por tanto, inobservó los referidos puntos 5.5, 5.5.1.1.2, 5.5.1.1.3 y 5.5.1.2.2, de la NOM-Para Organización y Funcionamiento de las UCI, ya que V cumplía con los requerimientos para ser tratada en dicho servicio.

57. Igualmente inobservó el contenido de la GPC para Diagnóstico y Tratamiento de Derrame Pleural la cual recomienda realización de Proteína C Reactiva (PCR) como marcador sensible para evaluar la progresión de la neumonía y una biometría hemática para la evaluación inicial y seguimiento del derrame pleural de tipo infeccioso porque la elevación de leucocitos y niveles de PCR en pacientes con neumonía después de tres días puede significar progresión a infección pleural, indicándose toracocentesis diagnóstica en pacientes adultos con derrame pleural unilateral con sospecha de exudado con 10 mm de profundidad o datos de sepsis de origen pulmonar, aspectos que V presentaba y que minimizó AR10.

58. Por su parte, a las 11:36 horas del mismo 20 de octubre de 2021, AR11 adscrito a Medicina Interna modificó a V, el antibiótico de amplio espectro (cefepime) por persistencia de la hipotensión a pesar del alto requerimiento de vasopresores y hasta ese momento solicitó hemocultivo y cultivo de aspiración bronquial para normar conducta a seguir; a las 16:00 horas del 21 de ese mes y año, AR12 adscrita a Infectología indicó que V tuvo fiebre en las últimas horas (sin que especificara cuántas) y que sus resultados de laboratorio demostraban un proceso infeccioso completamente instaurado (leucocitos y PCR elevados), por lo cual le ajustó su esquema antimicrobiano (cefepime y linezolid) y reiteró la solicitud de cultivos, el cual indicó el 22 de octubre de 2021, que no había desarrollado ningún microorganismo, en espera de los resultados del urocultivo y hemocultivo.

59. Pero ante su gravedad y alta probabilidad de fallecimiento solicitó radiografías de control y autorización para toracocentesis evacuadora por persistencia del derrame pleural, modificándosele del 21 al 23 de octubre de 2021 el esquema terapéutico de antibióticos (primeramente, linezolid luego vancomicina) a V.

60. Para el 23 de octubre de 2021, AR13 del servicio de Medicina Interna describió a V con persistencia de la tensión arterial baja pese a las dosis de aminas por arriba de la terapéutica, iniciándole manejo con corticoesteroide (hidrocortisona) para tratar de revertir el choque refractario⁶⁰ que cursaba, sin embargo, continuó con evolución tórpida por el choque mixto que presentaba (séptico y cardiogénico), lo que ameritó que AR14 aumentara la dosis de norepinefrina más una amina (dobutamina) sin mejoría significativa al mostrar tensión arterial de 78/50 mm/Hg y oliguria, esto es, disminución de la orina.

61. Personal especializado de esta Comisión Nacional destacó que fue correcto que AR14 le prescribiera dobutamina acorde a la GPC para Diagnóstico y

condición de salud

primera elección para pacientes con medición o sospecha de gasto cardíaco con presión de llenado ventricular izquierdo adecuada y presión arterial

⁶⁰ Caracterizado por hipotensión secundaria a vasodilatación periférica siendo refractaria a fármacos como dopamina, norepinefrina y evoluciona a hiperdinamia descompensada (incremento del gasto cardíaco y presión arterial disminuida) con hipoperfusión tisular (resulta de la disminución de la presión de perfusión atribuida a la hipotensión y de la distribución anormal del flujo sanguíneo en la microcirculación) y a disfunción orgánica múltiple, esto es, la disminución potencialmente reversible en la función de uno o más órganos que son incapaces de mantener la homeostasis sin un sostén terapéutico.

media (PAM) en límites normales, sin embargo, omitió establecer el tratamiento o solicitar estudios para determinar y tratar la causa de su falta de orina (oliguria).

62. A partir de las 09:00 horas del 25 de octubre de 2021, AR11 reportó a V bajo sedación y analgesia, reflejos del tallo cerebral sin datos de focalización (sintomatología derivada de la afección del sistema nervioso central) ni infección neurológica (meningismo), con mecánica ventilatoria, campos pulmonares, murmullo vesicular abolido (sonido perceptible en la auscultación pulmonar) en base izquierda, estertores crepitantes basales derechos, derrame pleural izquierdo de aproximadamente 30%, estado hídrico con persistencia de oliguria acompañada de aumento de los productos de desecho (azoados), señalándose en la hoja de indicaciones que continuó su mismo tratamiento.

63. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se destacó que hasta ese momento ninguno de los médicos tratantes previamente citados dieron continuidad a la toracocentesis “que según fue realizado en el área de Urgencias”, afirmación que se confirma con la omisión de solicitud de resultados de los cultivos de dicho procedimiento como parte del adecuado protocolo de la persistencia en el derrame pleural que en el caso de V se sospechaba tenía su origen en el proceso infeccioso que cursaba y de acuerdo a la GPC para Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural debió haberse estudiado para tratamiento adecuado, lo que evidentemente no aconteció.

64. Y, no obstante, la importancia de dicho procedimiento, el 27 de octubre de 2021, AR11 pospuso la toracocentesis diagnóstica y evacuadora que le realizaría a V porque “en ese momento no tenía sonda endopleural de calibre apropiado” y tampoco contaba con los resultados del cultivo bronquial ni de los hemocultivos,

siendo hasta el 29 de ese mismo mes y año, cuando la realizó y obtuvo 1,500 cc. de líquido pleural concentrado, lo que ameritó radiografía de control, reportándose además el resultado del examen general de orina como turbia (patológico).⁶¹

65. En opinión del especialista de esta CNDH el haberle realizado a V dicho estudio 14 días posteriores a su ingreso y 11 de ser tratada con ventilación mecánica avanzada en Medicina Interna fue en detrimento de su salud aunado y si bien es cierto, durante esta temporalidad se aludió a diferentes solicitudes de hemocultivos la realidad es que no fueron reportados, lo que genera suspicacia en cuanto a la vigilancia estrecha en el manejo clínico de V, quien además ameritaba valoración en la UCI sin que se solicitara.

66. Para el instante en que V fue valorada por el nefrólogo, ya drenaba 160 ml. en 8 horas con edema masivo y generalizado (anasarca) y sonda Foley con úresis reducida (300 mililitros en 8 horas), por lo cual AR15 adscrito a dicho servicio la diagnosticó con choque séptico de origen pulmonar y urinario, lesión renal aguda KDIGO III por ausencia total de orina (anuria) y acidosis metabólica.

67. Al haberla considerado como paciente crítica con apoyo vasopresor (para aumentar la presión arterial) AR15 determinó que V no era candidata a terapia con hemodiálisis por el alto riesgo a complicaciones hemodinámicas inclusive mortales durante dicho procedimiento, por lo cual sugirió que continuara con aporte vía oral e intravenoso, control estricto de pérdidas sensibles y no sensibles,⁶² ajuste de

⁶¹ Cuando la orina fresca aparece turbia representa un estado patológico, debido a microorganismos, células sanguíneas o epiteliales del tracto urinario, proteínas o lípidos.

⁶² El balance hídrico es la cuantificación de los ingresos y pérdidas de líquido del paciente en un tiempo determinado, constituyendo pérdidas sensibles lo que podemos objetivar y puede medirse sin dificultad, en tanto, las insensibles son pérdidas de líquidos que no se pueden medir con exactitud

tratamiento a tasa de filtración glomerular,⁶³ evitar agentes dañinos para el riñón (nefrotóxicos) y solicitó valorar el uso de doble vasopresor (para incrementar la frecuencia cardíaca) en medida de lo posible.

68. A las 11:40 horas del 31 de octubre de 2021, AR3 encontró a V hemodinámicamente estable, bajo sedación y analgesia con gasto por sonda endopleural izquierda de tipo serohemático (hematoma licuado que da lugar a dicho líquido); a la exploración física con disminución de ruidos respiratorios en región infraescapular de ambos lados sin broncoespasmos,⁶⁴ con datos de derrame pleural derecho del 80% y acidosis metabólica (acumulación de demasiado ácido en el cuerpo), por lo cual reinició esteroide en infusión por disminución de la tensión arterial, con solicitud de consentimiento para drenaje, gasometría y bioquímica de control (analiza ácidos nucleicos, proteínas, lípidos, carbohidratos y el resto de moléculas pequeñas que componen las células).

69. En la precitada Opinión Médica se destacó que el hecho de que AR3, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14 y AR15 soslayaron en sus respectivas intervenciones la interconsulta de V a la UCI para valoración y posible ingreso para brindarle vigilancia más estrecha en respuesta a la evolutiva gravedad en su estado de salud acreditó la inobservancia a los precitados puntos 5.5, 5.5.1.1.2, 5.5.1.1.3 y

y son cutáneas (convección) y pulmonares (evaporación) las cuales siempre están ahí y normalmente se ven aumentadas por factores como fiebre, taquipnea, ventilación mecánica, traqueotomía y oxigenoterapia en "T" para destete.

⁶³ Análisis de sangre que evalúa el funcionamiento de los riñones, los cuales tienen filtros diminutos llamados glomérulos para eliminar desechos y exceso de líquido de la sangre y dicha prueba estima cuánta sangre pasa por minuto a través de estos filtros.

⁶⁴ Es la tensión de los músculos que recubren las vías respiratorias (bronquios) en los pulmones y cuando se tensan, las vías respiratorias se estrechan y no permiten que entre o salga tanto aire de los pulmones.



5.5.1.2.2, de la NOM-Para Organización y Funcionamiento de las UCI, máxime que V contaba con criterios que la hacían merecedora de atención en dicho servicio como consecuencia de sus padecimientos graves, los cuales ante las omisiones e irregularidades acreditadas previamente fueron complicando paulatinamente su salud ante la falta de atención especializada que le brindara mejoría.

70. La falta de atención especializada propició que el primero de noviembre de 2021, V presentara deterioro de la función renal y aumento de los productos de desecho y células leucocitarias que ameritó doble esquema de antibioticoterapia de amplio espectro (meropenem y linezolid) los cuales le fueron ajustados por depuración renal (sustancias que se elimina de la sangre y se excreta en la orina).

71. A lo que se suma, que aun cuando AR11 había solicitado urocultivo, hemocultivo por catéter central y cultivo de aspiración bronquial y radiografía de tórax hasta ese momento no habían sido reportados, lo cual incidió para que en los subsecuentes días V presentara aumento significativo del proceso infeccioso (leucocitosis de $33.11 \times 10^3/\mu\text{L}$ siendo lo adecuado de 4.8 a 10) y de la lesión renal con drenaje de la sonda pleural de 200 a 600 ml. por día más infección de tejidos blandos por úlcera en región sacra de la que aun cuando se le realizaron curaciones diarias no tuvo resultados favorables.

72. Fue hasta el 4 de noviembre de 2021, cuando el cultivo de líquido pleural y hemocultivo dieron positivo a *C. Albicans*, por lo cual se le adicionó a su manejo médico un antifúngico (caspofungina), patógeno que en opinión del experto en medicina de esta CNDH ensombrecía totalmente su pronóstico debido a que la GPC para Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico precisa que la candidemia está asociada al incremento de morbilidad, estancia hospitalaria

prolongada, secuelas y mayor mortalidad constituyéndose como factor pronóstico de mortalidad.

73. Bajo este panorama, a las 02:10 horas del referido 4 de noviembre de 2021, V presentó paro cardiorrespiratorio sin que las maniobras de reanimación básicas avanzadas lo revirtieran, por tanto, PSP5 declaró su deceso a las [REDACTED] horas y señaló como causas de muerte: choque séptico, septicemia debida a Candida, derrame pleural e insuficiencia cardiaca congestiva.

74. Las acciones y omisiones en que incurrieron AR1, AR2, AR3 y AR4 adscritos a Medicina Interna y quienes la atendieron del 11 al 22 de septiembre de 2021, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 de Urgencias, AR10, AR11, AR13 y AR14 de Medicina Interna, AR12 y AR15 de Infectología y Nefrología, respectivamente, que la atendieron en el Hospital Regional Mac Gregor del 15 de octubre al 4 de noviembre de ese mismo año, vulneraron su derecho humano a la salud al no haberle brindado atención sanitaria que le generara mejoría mediante prestaciones de salud oportunas y de calidad para su paulatino restablecimiento, lo que no sucedió y cuyas consecuencias trascendieron a su propia vida.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

75. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos nacionales como internacionales,⁶⁵ por tanto, corresponde al Estado

⁶⁵ Las disposiciones que establecen su protección se encuentran previstas en los artículos 1º, párrafo primero y 29, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre

a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

76. La SCJN ha determinado que “El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)”.⁶⁶

77. La CrIDH ha establecido que: “(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)”,⁶⁷ asimismo, “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)”.⁶⁸

⁶⁶ Tesis constitucional. “Derecho a la vida. supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011 y registro 163169.

⁶⁷ “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

⁶⁸ “Caso Familia Barrios vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, párrafo 48.

78. Este Organismo Nacional ha referido que, “(...) existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”.⁶⁹

79. El derecho a la vida y a la protección a la salud tienen profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana,⁷⁰ en el caso particular, las 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 y AR15 algunos adscritos a Urgencias y otros a Medicina Interna en el Hospital Regional Mac Gregor constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida como a continuación se acredita.

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

80. Como se mencionó, a las narración de hec horas del 4 de noviembre de 2021, V falleció por choque séptico, septicemia debida a Candida, derrame pleural e insuficiencia cardiaca congestiva, lo que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional fue resultado de la inadecuada atención médica que se le brindó en dos

⁶⁹ CNDH. Recomendaciones: 153/2022, párrafo 40, 75/2017, párrafo 61, entre otras.

⁷⁰ “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, párrafo 117.

momentos, el primero, en Medicina Interna del Hospital Regional Mc Gregor del 11 al 22 de septiembre de 2021, por lo siguiente:

80.1. Cuando AR1 reportó a V, con derrame pleural derecho del 80% y del 30% del lado izquierdo debió haberle realizado toracocentesis evacuadora y diagnóstica derecha con envió de muestra a estudio, lo cual no aconteció.

80.2. A su vez, AR2 y AR3 debieron solicitar radiografía de tórax para verificar si presentaba mejoría por el referido derrame pleural, o en su caso, realizarle toracocentesis diagnóstica y evacuadora para su restablecimiento.

80.3. Cuando AR4 indicó que tenía persistencia del aumento de células inflamatorias debió efectuarle el protocolo para determinar el agente causal de la neumonía que cursaba, contrario a ello, y sin corroborar si el tratamiento prescrito era el adecuado para su sintomatología a las 08:00 horas de 22 de septiembre de 2021 ordenó su egreso sin elementos bioquímicos que lo sustentaran.

81. Durante el reingreso de V a Urgencias y a Medicina Interna del referido nosocomio del 15 de octubre al 4 de noviembre de 2021, se advirtieron las siguientes irregularidades:

81.1. AR5 y AR6 omitieron solicitud de estudios de imagen para analizar de manera integral el derrame pleural que V cursaba, aunado a que AR7 tampoco consideró estudios de laboratorio (biometría hemática y proteína C reactiva) para evaluar de manera integral su condición real.



81.2. Pese a su evidente deterioro, AR3, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14 y AR15 omitieron solicitar interconsulta a la UCI, donde debió ser referida para su gradual restablecimiento, contrario a ello, se sumaron otros diagnósticos que empeoraron su estado de salud lo que aunado a las irregularidades advertidas incidió en su desafortunado deceso.

82. V, persona adulta mayor, tenía derecho a ser atendida de manera integral para un diagnóstico y tratamiento certero, contrario a ello, se acreditó que la primera ocasión fue dada de alta prematuramente y durante su reingreso su estado de salud avanzó al detrimento debido a que la toracocentesis se realizó once días posteriores, temporalidad durante la cual persistió con hipotensión que derivó en choque mixto (séptico y cardiogénico), oliguria, aumento de los productos de desecho (azoados), así como, de su proceso infeccioso y lesión renal, infección de tejidos blandos por úlcera en región sacra y un resultado del hemocultivo positivo a *C. Albicans*, diagnósticos que la hacían merecedora de vigilancia estrecha con valoración inmediata en la UCI lo cual hubiera limitado la progresión de su padecimiento y el riesgo en que estuvo su vida, aspectos que al no haber sido considerados evidenciaron una inadecuada atención médica.

83. Se afirma que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14 y AR15 personal del Hospital Regional Mac Gregor incumplieron los artículos 48 y 138 Bis, del Reglamento de la LGS; 27, fracción III, 32, 51, fracciones I y II, del numeral 77 bis 37, de la LGS, así como el diverso 7, del Reglamento del IMSS, que en términos generales establecen el derecho de todo paciente a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral aunado a 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, lo que les genera responsabilidad por las irregularidades expuestas.

84. Igualmente, vulneraron el adecuado cumplimiento de sus funciones médicas al haber omitido la apropiada prestación del servicio que estaban obligados a proporcionar, lo que evidenció el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión, ya que debieron identificar y valorar oportunamente la sintomatología de V en su calidad de persona adulta mayor para brindarle atención médica pronta y de calidad lo que al no haber acontecido evidenció que no adecuaron su actuar a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica para evitar las acciones o conductas omisas señaladas, por tanto, se reitera su incumplimiento al deber de garantizar con calidad y oportunidad la atención médica que el estado de salud de V ameritaba.

85. AR1, AR2, AR3 y AR4 adscritos a Medicina Interna y que atendieron a V del 11 al 22 de septiembre de 2021, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 adscritos a Urgencias, AR10, AR11, AR13 y AR14 de Medicina Interna, así como, AR12 y AR15 adscritos a Infectología y Nefrología, respectivamente, que la atendieron del 15 de octubre al 4 de noviembre de ese mismo año, vulneraron el derecho humano a la protección a la salud de V que trascendió hasta la pérdida de la vida por haber incumplido con los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, 22 y 29, párrafo segundo constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la LGS, así como en el contenido de las GPC de la Insuficiencia Cardíaca Crónica en Adultos, GPC para Diagnóstico y Tratamiento de Derrame Pleural, GPC para Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico. No se omite señalar que personal especializado

de este Organismo Nacional igualmente se pronunció respecto a la intervención de PMR como se menciona enseguida.

❖ **PMR**

86. En la precitada Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, se destacó que “(...) la carencia de personal de salud, (...), genera de manera significativa que estudiantes de medicina o de alguna especialidad presten el servicio de salud a derechohabientes (...) sin la supervisión adecuada, lo que en algunos casos trae como resultado daños en la salud de las personas, los cuales llegan al grado de ser irreparables (...)”.

87. En el caso concreto, se advirtió que después de que AR4 indicó el egreso de V, esto es, a las 08:00 horas del 22 de septiembre de 2021, a las 11:40 horas PMR1 la reportó con signos vitales estables e hipotensión, precordio rítmico de baja intensidad y campos pulmonares con murmullo vesicular disminuido en región infraescapular izquierda, limitándose a señalar que se encontraba con alta vigente en espera de la llegada de oxígeno para domicilio.

88. De haber contado con la supervisión o asesoría de su titular, jefe de servicio y/o médico adscrito a Medicina Interna habría solicitado algún estudio de imagen que determinara si V presentaba reducción del derrame pleural ante la disminución del murmullo vesicular en el campo pulmonar izquierdo, así como, la identificación del agente causal que provocó su proceso infeccioso y de esta manera determinar si el tratamiento prescrito era el indicado, contrario a ello, realizó el egreso de la referida paciente sin mejoría.

89. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional también se destacó que el 20 de octubre de 2021, esto es, cuando V ingresó a Medicina Interna para monitoreo

de la ventilación mecánica invasiva y terapia de estimulación de la función cardiaca (aminas), PMR2 si bien asentó que cursaba proceso infeccioso del cual se sospechaba tenía un origen pulmonar, también lo es que su exploración física no concordaba con sus datos clínicos.

90. Por tanto, deberá investigarse el nombre de las personas servidoras públicas a cargo de PMR1 y PMR2, para que, en su caso, se deslinde la responsabilidad correspondiente al haber incumplido los puntos 10.3 y 10.5, de la NOM-Para Residencias Médicas, en los que se especifica que si bien PMR son profesionales de la medicina lo cierto es que cursan un período de capacitación por ello requieren supervisión y guía en sus actividades bajo la dirección de su profesor titular, jefe de servicio o médicos adscrito en un ambiente de respeto, lo cual no aconteció y en el caso de PMR1 incidió en el avance al deterioro de la salud de V.

C. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES CON PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

91. Vinculado a la transgresión de los derechos a la protección de la salud y a la vida de V, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de persona adulta mayor, específicamente a un trato digno en razón de su situación de vulnerabilidad, por ser una persona de 74 años de edad al momento de su fallecimiento con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, insuficiencia cardiaca crónica e insuficiencia venosa periférica, por lo que, atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, debió haber recibido una adecuada atención médica con estudios idóneos por parte del personal del Hospital Regional



Mac Gregor.

92. El artículo 1º, párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece la prohibición de cualquier acto "(...) que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas", a su vez, los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

93. Los artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador"), 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Observación General 6 sobre "Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores"; y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, establecen que constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

94. En el mismo sentido, se han pronunciado la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena en 1982 de la que derivó el Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento; la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en 1993 (de la que emanó la Declaración citada); la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid en 2002, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento en 2003; la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional



de Madrid sobre el Envejecimiento en 2003; la Declaración de Brasilia en 2007; el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre las personas mayores en 2009; la Declaración de compromiso de Puerto España en 2009 y la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe en 2012, así como el Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y El Caribe, San José, Costa Rica, en su numeral 7, relacionado con la falta de atención de los servicios de salud pública a las necesidades de las “personas adultas mayores”.

95. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas mayores, el 25 de junio de 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en cuyo artículo 3, fracción I, establece que: “Personas adultas mayores: Aquéllas que cuentan con sesenta años o más de edad”; y en el diverso 4, fracción V, dispone como principio rector del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como: “(...) aquélla que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.”

96. Entre otros derechos de las personas adultas, previstos en el artículo 5º, fracciones I, III y IX del citado ordenamiento se señalan: el derecho de la integridad, dignidad y preferencia; derecho a la salud y derecho de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta ley, conforme al artículo 10 es propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social.

97. En el párrafo 93, de la Recomendación 8/2020, se destacó que “Este derecho de las personas mayores implica, correlativamente, una obligación por parte de las autoridades del Estado, por un lado, garantizarlo y por el otro, protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.”

98. Tratándose de personas adultas mayores, debe considerarse el derecho al trato digno entendido como prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico.

99. En tanto, el trato preferencial constituye una acción positiva en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas adultas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos, como en el presente caso en que se vulneraron los referentes a la salud de V, quien no recibió atención médica adecuada acorde a su padecimiento y gravedad contribuyendo las omisiones previamente analizadas al agravamiento de su estado de salud hasta la lamentable pérdida de la vida.

100. Por otra parte, 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.” 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.



101. 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”.

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

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

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



105. La diabetes mellitus es un problema de salud de gran impacto sanitario y social, siendo una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal terminal, amputación de miembros inferiores y enfermedad vascular, entre otras; potenciada además por su frecuente asociación con otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, como obesidad, hipertensión arterial y dislipemia, esto es, niveles excesivamente elevados de colesterol o grasas (lípidos) en la sangre.

106. En el 2017, el IMSS publicó que México registra la prevalencia más alta de hipertensión arterial en todo el mundo, lo cual se debe a la falta de un diagnóstico oportuno y al desconocimiento de los factores de riesgo que pueden detonar que se eleve la presión arterial, por lo cual, a través de PREVENIMSS el Seguro Social mantiene acciones preventivas para que la población asegurada acuda a revisarse y de presentar hipertensión inicie tratamiento de control para evitar complicaciones que pueden provocar infarto agudo al miocardio, cardiopatía hipertensiva, insuficiencia cardíaca, aneurismas, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal.

107. Esta CNDH considera que, las personas con enfermedades no transmisibles se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, requiriendo además de atención prioritaria, integral e inmediata, que le garanticen la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen un mayor bienestar posible, lo cual en el caso particular no se garantizó a V por lo siguiente.

108. Pese a que V, persona de 74 años al momento de los hechos era portadora de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica de seis años de evolución con



insuficiencia cardíaca crónica de un año de diagnóstico e insuficiencia venosa periférica de 25 años de evolución desde su primer ingreso a Urgencias del Hospital Regional Mac Gregor se le detectó derrame pleural del 80% en el lado derecho y del 30% en el izquierdo lo que ameritaba toracocentesis diagnóstica y evaluadora sin que lo consideraran lo cual incidió en su reingreso después de once días con choque mixto (séptico y cardiogénico), oliguria, aumento de los productos de desecho (azoados), así como, de un proceso infeccioso, lesión renal, infección de tejidos blandos por ulcera en región sacra y C. Albicans diagnósticos que requerían vigilancia estrecha con valoración inmediata en la UCI lo cual no se le brindó pese a que atento a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida debió haber recibido atención adecuada, prioritaria e inmediata por personal médico del referido nosocomio, lo que evidentemente no aconteció.

109. Debido a que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14 y AR15 minimizaron en sus respectivas valoraciones que en el caso de V, se trataba de una persona que presentaba una condición de vulnerabilidad, ya que, era adulta mayor con enfermedades crónico degenerativas, lo que la hacía merecedora a atención preferente, prioritaria e inmediata atento a su sintomatología, lo que al no haberle proporcionado contribuyó en el deterioro de su estado de salud y pérdida de la vida como se acreditó.

110. Se afirma que las referidas personas servidoras públicas incurrieron en actos y omisiones en la atención médica otorgada a V, ya que de habersele brindado atención oportuna y de calidad que incluyera seguimiento a su sintomatología y valoración inmediata en la UCI durante su reingreso se le hubiera podido otorgar la atención integral e inmediata a que tenía derecho lo que al no haber acontecido les genera responsabilidad, evidenciándose en su respectivo manejo médico, falta de orientación especializada para garantizar calidad en la atención de una persona

adulto mayor.

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

111. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho al libre acceso a información, determinando que el Estado es el encargado de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”⁷¹

112. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017,⁷² esta Comisión Nacional consideró que “(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”; en tanto en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, la CrIDH indicó que, “un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”.⁷³

113. La NOM-Del Expediente Clínico establece que éste “(...) es un instrumento

⁷¹ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

⁷² CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

⁷³ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección a la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las (...) intervenciones del personal (...), el estado de salud del paciente; (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).⁷⁴

114. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre su estado de salud.⁷⁵

⁷⁴ Introducción, párrafo dos.

⁷⁵ CNDH, párrafo 34.

115. Del análisis al expediente clínico de V, personal médico de esta Comisión Nacional advirtió las siguientes irregularidades en su integración.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

116. El especialista en medicina de esta CNDH destacó de manera general omisiones a los lineamientos de la NOM-Del Expediente Clínico al haber advertido constancias sin nombres completos del personal de salud y algunas notas médicas sin continuidad.

117. Destacándose que AR3, AR4, AR5, AR7, AR8, AR11, AR13, AR14 y AR15 omitieron nombre completo, clave, matrícula y/o cédula profesional, con lo cual incumplieron el punto 5.10, de la NOM-Del Expediente Clínico, que establecen las particularidades de las notas de todo el expediente, debiéndose además investigar la identidad de AR2, AR10 y del titular, jefe de servicio y/o médico adscrito a Medicina Interna encargado de supervisar las actividades de PMR1 y PMR2 por haber omitido dichos datos para que en su caso se deslinde la responsabilidad que corresponda.

118. Personal médico de esta CNDH destacó que cuando se modificó el esquema terapéutico de antibióticos a V, primeramente se indicó el suministro de linezolid y posteriormente vancomicina durante el 21 y 22 de octubre de 2021, respectivamente, sin embargo, la hoja de indicaciones de esta última fecha asentó el primer medicamento que administró a V un día previo por lo que el hecho de que no se justificara mediante nota de valoración médica la determinación del cambio incumplió lo establecido en el punto 7.2., de la NOM-Del Expediente Clínico en la que se indica el contenido de la nota de evolución.

119. Al haber omitido AR3, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14 y AR15 la solicitud de interconsulta a la UCI de V pese a su estado de gravedad evidenció el incumplimiento del punto 6.3., de la referida Norma Oficial Mexicana cuando establece dicha obligación debiéndose dejar constancia en el expediente clínico, lo que evidentemente no sucedió.

120. Las omisiones de AR2, AR3, AR4, AR5, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14 y AR15 adscritos a diversos servicios del Hospital Regional Mac Gregor si bien no incidieron en la evolución de la enfermedad de V, sí constituyen falta administrativa, lo cual es de relevancia porque representan un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos, o bien, para deslindar responsabilidades, lo que al no haber observado vulneró el derecho de V, así como de QV, VI1, VI2 y VI3 a que se conociera la verdad, de ahí que se reitere la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal en el manejo adecuado del expediente clínico al ser responsables solidarias de su cumplimiento.

121. Por otra parte, para garantizar la adecuada atención médica de los pacientes se debe considerar los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la ONU, integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona, obligando a las autoridades a colaborar en su implementación, debiendo considerarse en el presente asunto el Objetivo tercero consistente en “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”, concretamente la meta 3.8, cuya misión versa en “(...) Lograr la cobertura sanitaria universal, (...) incluid[o] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (...)”; correspondiendo al Estado generar acciones para alcanzarla

mediante reforzamiento de los servicios hospitalarios para que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones y omisiones de su encargo y considere las particularidades de los pacientes a fin de generarles atención eficaz y oportuna valiéndose de los medios a su alcance para garantizar una adecuada atención médica que abarque la integridad personal de quienes confían en los servicios de salud.

E. RESPONSABILIDAD

E.1. Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas

122. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3 y AR4 adscritos a Medicina Interna, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 adscritos a Urgencias, AR10, AR11, AR13 y AR14 del servicio de Medicina Interna, AR12 y AR15 adscritos a Infectología y Nefrología, respectivamente, quienes valoraron a V en el Hospital Regional Mac Gregor provino de la falta de diligencia con que se condujeron, lo cual culminó en la violación a su derecho humano a la protección a la salud que derivó en la pérdida de la vida como se constató por lo siguiente:

122.1. Del 11 al 22 de septiembre de 2021, pese a que AR1 reportó que V con derrame pleural derecho del 80% y del 30% del izquierdo no le realizó toracocentesis evacuadora ni diagnóstica ni tampoco AR2 ni AR3 quienes además tampoco solicitaron radiografía de tórax para verificar si presentaba mejoría del derrame pleural.

122.2. Cuando AR4 ordenó el egreso de V debido a que continuaba con persistencia en el aumento de células inflamatorias que requería protocolo para



determinar el agente causal de la neumonía, lo que incidió en su reingreso, donde AR5 ni AR6 solicitaron estudios de imagen para verificar el estado de su derrame pleural, sin que AR7 solicitara estudios de laboratorio (biometría hemática y proteína C reactiva) para la evaluación integral de su condición, lo que incidió en el avance al detrimento de su estado de salud por haberse sumado nuevas patologías.

122.3. Si bien, AR3, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14 y AR15 la reportaron grave, omitieron su interconsulta a la UCI lo que propició el aumento de sus patologías hasta su deceso.

123. Particularidades que incidieron la pérdida de la vida, sin que dichas personas servidoras públicas le brindaran la atención médica de calidad y oportunidad que requería para sus padecimientos con la finalidad de evitar en la medida de lo posible el desenlace conocido, pues en opinión del personal médico de esta CNDH debieron realizarle toracocentesis diagnóstica y evaluadora para verificar el desarrollo del derrame pleural, así como, estudios que determinaran el agente causante de la neumonía que derivó en choque mixto, a lo que se adiciona que por su edad y comorbilidades previas debieron extremar precauciones y otorgarle un manejo médico adecuado e idóneo que incluyera vigilancia estrecha lo que le habría brindado mejor pronóstico de sobrevivencia al cual tenía derecho y que no sucedió.

124. Las irregularidades en la integración de su expediente clínico también constituyen responsabilidad para AR2, AR3, AR4, AR5, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15 y quien resulte responsable por haber vulnerado el derecho al acceso a la información en materia de salud en su agravio, así como



de QV, VI1, VI2 y VI3.

125. Este Organismo Nacional acreditó que las acciones y omisiones atribuidas al personal médico de referencia constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas en términos de lo dispuesto por el artículo 7, fracciones I, V y VII, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas en relación con el numeral 303, de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público; pues aún, cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen a su mejoramiento, lo que en el caso concreto no aconteció, tan es así que cuando QV presentó queja ante esta CNDH, V continuaba con vida.

126. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente denuncia ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de los médicos referidos por la inadecuada atención médica de V, así como respecto a las advertidas en la integración del expediente clínico, debiéndose además indagar la identidad de AR2, AR10 y quien resulte responsable para que en su caso determinen las responsabilidades que correspondan con motivo de violaciones a derechos humanos acreditadas.

E.2. Responsabilidad Institucional

127. El párrafo tercero del artículo 1º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, están obligadas a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; obligaciones que igualmente se establecen en distintos tratados y convenciones de derechos humanos de los que el Estado mexicano es parte, por ende, cuando se incumple con éstas, se genera una responsabilidad institucional independientemente de aquella que corresponda al personal involucrado en la violación a derechos humanos de quien la expone.

128. En el caso concreto, es evidente la responsabilidad institucional del IMSS, debido a que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional se advirtió que el 27 de octubre de 2021, AR11 realizaría a V toracocentesis diagnóstica y evacuadora lo cual era importante para verificar el estado que guardaba el derrame pleural que cursaba, sin que pudiera llevarse a cabo porque "(...) en ese momento no tenía sonda endopleural de calibre apropiado (...)", lo que generó dilación en la ejecución de dicho procedimiento como se advirtió e incidió en el avance al deterioro de su estado de salud.

129. En ese sentido, los artículos 28 y 29, de la LGS establecen que habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud y que la Secretaría de Salud garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera, en coordinación con las autoridades



competentes.

130. De lo que se infiere la responsabilidad para proteger los derechos a la protección a la salud en los que si bien los prestadores de servicios tienen una participación activa, es deber del Estado proveer los recursos para garantizar un servicio de salud de calidad y acorde a las necesidades de los usuarios, advirtiéndose que inclusive QV mencionó en su queja, que cuando les pidieron la segunda autorización para la toracocentesis les comunicaron que “no tenían insumos necesarios”, ofreciéndose él a comprarlos, lo que incidió para que solicitara su traslado al tercer nivel de atención a fin de que no continuara en riesgo su vida, sin que ello aconteciera, lo cual confirma el supuesto de responsabilidad institucional en el detrimento en la calidad de la atención en los derechohabientes.

131. Por tanto, este Organismo Nacional solicitará a las autoridades del IMSS gestionen con las autoridades correspondientes para que en lo sucesivo el Hospital Regional Mac Gregor cuente con sondas endopleurales de diversos calibres a fin de que se garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad, eficacia y prontitud, pues en el caso particular, de haberse realizado la toracocentesis diagnóstica y evacuadora pudo haberse confirmado el avance del derrame pleural de V y evitarse mayores patologías al brindarle un tratamiento adecuado y oportuno, lo que no sucedió.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

132. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra

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

133. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131, de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud y a la vida de V, así como al acceso a la información en materia de salud en su agravio, así como, de QV, VI1, VI2 y VI3 a quienes se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

134. Siendo aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23, de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones

manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” de las Naciones Unidas y diversos criterios de la CrIDH, al considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

135. El IMSS deberá solicitar a la CEAV, asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV, VI1, VI2 y VI3, a fin de que dicho Instituto realice el cumplimiento a la medida de compensación con motivo de las violaciones a derechos humanos acreditadas de conformidad con los artículos 1, 145, 146 y 152, de la Ley General de Víctimas, en los términos siguientes:

i. Medidas de Rehabilitación

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

137. Por ello, el IMSS en coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar en su caso, a QV, VI1, VI2 y VI3, atención



psicológica y tanatológica por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas con motivo del fallecimiento de V.

138. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en lugar accesible por instituciones públicas de salud del Estado en todos los niveles de atención, con consentimiento de las víctimas indirectas e información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado, debiendo considerar en su caso, el abastecimiento de medicamentos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto segundo recomendatorio.

ii. Medidas de Compensación

139. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III y 64 a 72, de la Ley General de Víctimas y consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: "(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...) así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia".⁷⁶

140. Por lo que, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de

⁷⁶ "Caso Palamara Iribarne Vs. Chile" Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

V, así como de QV, VI1, VI2 y VI3, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, 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 a QV, VI1, VI2 y VI3, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

iii. Medidas de Satisfacción

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

142. El IMSS deberán colaborar ampliamente con la autoridad investigadora, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presentará ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que inicie el procedimiento administrativo que corresponda en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14 y AR15, por la inadecuada atención médica proporcionada a V, así como respecto a las advertidas en la integración del expediente clínico, debiendo además indagar la identidad de AR2, AR10, y quien resulte responsable, para que en su caso se determine lo que conforme a derecho corresponda y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y

requerimientos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

iv. Medidas de no repetición

143. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 al 78, de la Ley General de Víctimas, consisten en implementar acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por lo cual el Estado deberá adoptar medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

144. Las autoridades del IMSS, deberán implementar en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud basado en las GPC de la Insuficiencia Cardíaca Crónica en Adultos; para Diagnóstico y Tratamiento de Derrame Pleural, así como, para el Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico, que incluya a la NOM-Para Organización y Funcionamiento de las UCI y la debida observancia a la NOM-Del Expediente Clínico dirigidos especialmente a AR1, AR3, AR4, AR11, AR12, AR14 y al personal de Urgencias y Medicina Interna del Hospital Regional Mac Gregor. Debiendo estar disponibles de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

145. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán dirigir una circular al personal de Urgencias y Medicina

Interna del Hospital Regional Mac Gregor, con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional, debiéndose supervisar seis meses al igual que el cumplimiento de las otras medidas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto quinto recomendatorio.

146. Deberán realizar gestiones indispensables con la finalidad de que el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Mac Gregor, cuente con sondas endopleurales de diversos calibres, a fin de que se garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad, eficacia y prontitud. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto sexto recomendatorio.

147. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QV, VI1, VI2 y VI3, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QV, VI1, VI2 y VI3, que incluya la medida de

compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la CEAV, se otorgue atención psicológica y tanatológica que requiera QV, VI1, VI2 y VI3 por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas; así como proveerle en su caso los medicamentos que requiera. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento y por instituciones públicas de salud del Estado en todos los niveles de atención; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14 y AR15, ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, por las omisiones precisadas en los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación, así como, respecto a las advertidas en la integración del expediente clínico; además deberá indagar la identidad de AR2, AR10 y quien resulte responsable, para que en su caso se determine lo que conforme a derecho corresponda, a fin de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.



CUARTA. Impartir en el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud basado en las GPC de la Insuficiencia Cardíaca Crónica en Adultos; para Diagnóstico y Tratamiento de Derrame Pleural, así como, para el Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico, que incluya a la NOM-Para Organización y Funcionamiento de las UCI y la debida observancia a la NOM-Del Expediente Clínico dirigidos en particular a AR1, AR3, AR4, AR11, AR12, AR14 y al personal de Urgencias y Medicina Interna del Hospital Regional Mac Gregor, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en el que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias otorgadas a las personas asistentes. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el término de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigir una circular al personal de Urgencias y Medicina Interna del Hospital Regional Mac Gregor, con medidas adecuadas de supervisión en la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica, que garanticen que se agoten las instancias pertinentes para satisfacer los tratamientos médicos conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; lo cual deberá supervisarse seis meses para garantizar su no repetición, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.



SEXTA. En el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se deberán realizar las gestiones indispensables a fin de que el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Mac Gregor cuente con sondas endopleurales de diversos calibres, a fin de que se garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad, eficacia y prontitud. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias de su cumplimiento.

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

148. 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.

149. 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.

150. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

151. 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 solicitará 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

CEFM