

RECOMENDACIÓN No. 38/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QV POR PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México a, 28 de febrero de 2023

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

Distinguido director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, 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/1/2019/7141/Q**, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, 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; 1º, 3º, 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 y, 1º, 6º, 7º, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Claves
Víctima	V
Quejosa Víctima	QV
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

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

Denominación:	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV, Comisión Ejecutiva
Registro Federal de Víctimas	REFEVI

Denominación:	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Registro Nacional de Víctimas	RENAVI
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Política
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Fiscalía General de la República	FGR
Guía de Práctica Clínica IMSS-455-II Valoración Perioperatoria en Cirugía no Cardíaca en el Adulto	GPC Valoración Perioperatoria Cirugía no Cardíaca
Hospital General Tacuba del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	HG "Tacuba"
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Ley General de Salud	LGS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico	NOM-Del Expediente Clínico

Denominación:	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos	NOM-UCI
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	OIC-ISSSTE
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	"Protocolo de San Salvador"
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Prestación de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento ISSSTE
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI



I. HECHOS

5. El 2 de julio de 2019, QV presentó queja ante este Organismo Nacional por presuntas violaciones a derechos humanos en agravio de V por personal del ISSSTE, debido a que el 26 de noviembre de 2018 ingresó al servicio de Urgencias del HG “Tacuba” en donde le practicaron una intervención quirúrgica de funduplicatura laparoscópica¹; sin embargo, el [fecha de fallecimiento], V lamentablemente falleció.

6. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/1/2019/7141/Q**, y a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos de V, se solicitó diversa información al ISSSTE, entre ella, copia del expediente clínico de V, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

7. Escrito de queja de 2 de julio de 2019, presentado por QV ante esta Comisión Nacional, en el que manifestó violaciones a derechos humanos en agravio de V por personal del HG “Tacuba” del ISSSTE.

¹ Consiste en hacer una pequeña incisión entre el esófago y el estómago e introducir por ahí el laparoscopio, que es una cámara de mínimas dimensiones para evaluar y corregir anomalías en el esfínter o válvula del tracto digestivo que impide que los alimentos y los ácidos gástricos se regresen por el esófago.



8. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/5468-1/19 de 20 de noviembre de 2019, a través del cual personal del ISSSTE remitió diversas documentales de las que se destaca lo siguiente:

8.1. Resumen médico de la atención brindada a V de fecha 11 de diciembre de 2018, suscrito por AR1.

8.2. Oficio HGT/D/MGSR/0633/2019 de fecha 30 de abril de 2019, a través del cual la Dirección Médica del HG “Tacuba” remitió a la FGR el expediente clínico de V a efecto de atender el requerimiento dentro de la Carpeta de Investigación.

8.3. Acta de la sesión de 12 de diciembre de 2018 del Comité de Ética de la Delegación Regional Poniente del ISSSTE, en la que se resolvió que el protocolo preoperatorio de V está incompleto, las notas médicas no se apegaron a la NOM Del Expediente y las notas de enfermería no concuerdan con el estado del clínico e indicaciones médicas establecidas.

9. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/0094-11/21 de 7 de enero de 2021 por el cual el ISSSTE remitió el similar HGT/D/JCGH/1595/2020 de 11 de diciembre de 2020 a través del cual la Dirección del HG “Tacuba”, indicó que el expediente clínico de V se encontraba en poder de la FGR dentro de la Carpeta de Investigación.

10. Oficio FEMDH/DGPCDHQI/077/2021 de 25 de marzo de 2021, a través del cual la FGR remitió un informe sobre los actos de investigación realizados dentro de la Carpeta de Investigación.



11. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/2878-11/21 de 28 de mayo de 2021, por el cual el ISSSTE remitió copia del expediente clínico de V integrado en el HG “Tacuba”, del que se destaca lo siguiente:

11.1. Nota de ingreso al servicio de Cirugía General de 26 de noviembre de 2018, en la que un médico residente a cargo de PSP3 estableció a V con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico².

11.2. Nota de indicaciones preoperatorias de 26 de noviembre de 2018, en la que PSP3 señaló ayuno a V, a partir de las 22:00 horas.

11.3. Nota de valoración preanestésica de fecha 26 de noviembre de 2018, suscrita por una médica anesthesióloga indicó riesgo cardiovascular Goldman clase I³ EKG RS⁴ y riesgo anestésico E2B.

11.4. Hoja de indicaciones del servicio de Anestesiología de 26 de noviembre de 2011, en la que una médica anesthesióloga determinó ayuno 8 horas previas al procedimiento quirúrgico.

² La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una afección en la cual los contenidos estomacales se devuelven desde el estómago hacia el esófago (tubo de deglución). Los alimentos van desde la boca hasta el estómago a través del esófago. La ERGE puede irritar el tubo de deglución y causa acidez gástrica y otros síntomas

³ El índice de Goldman tiene un valor predictivo negativo del 96,8% y, por lo tanto, es una herramienta excelente para descartar enfermedad coronaria. El valor del índice de Goldman para diagnosticar a pacientes con enfermedad es, sin embargo, menos adecuado, con un valor predictivo positivo del 21,6%^{23, 24}.

⁴ Depolarización de las células en la mecánica auriculo-ventricular.



11.5. Hoja de operaciones del servicio de Cirugía General de 27 de noviembre de 2018, en la que AR1 y AR2 asentaron haberle practicado a V una funduplicatura laparoscópica sin complicaciones.

11.6. Nota postquirúrgica abreviada de 27 de noviembre de 2018, en la que AR1 reportó a V delicado no exento de complicaciones.

11.7. Nota de registro anestésico en la que AR2 omitió colocar hora de última ingesta de V.

11.8. Nota postransanestésica de 27 de noviembre de 2018 de las 12:00 horas, en la que se estableció procedimiento a V de aspiración de secreción⁵ y retiro de sonda orotraqueal⁶.

11.9. Nota de alta Unidad de Cuidados Posanestésicos, de 27 de noviembre de 2018 a las 13:00 horas, en la que se reportó a V sin efecto residual de la anestesia.

11.10. Nota de evolución del servicio de Cirugía General de 28 de noviembre de 2019, en la que AR1 reportó a V estable sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, con adecuada evolución postquirúrgica.

⁵ La aspiración mecánica de secreciones bronquiales consiste en la eliminación de las secreciones nasofaríngeas, orofaríngeas y bronquiales retenidas, a través de un equipo aspirador especialmente diseñado para este fin.

⁶ Es un procedimiento médico en el cual se coloca una sonda en la tráquea a través de la boca o la nariz.



11.11. Nota de evolución de 29 de noviembre de 2018 de las 09:55 horas, en la que AR1 asentó que V continuaba con adecuada evolución postquirúrgica.

11.12. Nota de valoración de Medicina Interna de 29 de noviembre de 2018, en la que PSP4 reportó a V con síndrome de derrame pleural⁷ derecho de aproximadamente 30% y la presencia de aire en región periesofágica⁸ y datos de atelectasia⁹.

11.13. Nota de gravedad de 29 de noviembre de 2018, a las 22:00 horas, en la que médicos adscritos al servicio de Cirugía General reportaron a V con taquicardia, taquipnea¹⁰, hipoxemia¹¹, dificultad respiratoria y falla renal aguda¹², por lo que siguieron valoración por la UCI.

11.14. Nota de evolución UCI de 30 de noviembre de 2021, en la que PSP5 decidió ingreso de V a la UCI por presentar datos francos de dificultad respiratoria que ameritaba manejo aéreo con intubación orotraqueal invasiva.

⁷ Los derrames pleurales son acumulaciones de líquido dentro del espacio pleural (capa delgada de tejido que recubre los pulmones y reviste la pared interior de la cavidad torácica).

⁸ Tejido que rodea el esófago.

⁹ La atelectasia es un colapso completo o parcial del pulmón entero o de una parte (lóbulo) del pulmón. Se produce cuando las pequeñas bolsas de aire (alvéolos) que forman los pulmones se desinflan o posiblemente se llenan de líquido.

¹⁰ Taquipnea es la respiración si esta es demasiado acelerada, particularmente si el paciente presenta una respiración rápida y superficial por una neumopatía u otra causa de salud.

¹¹ La hipoxemia es un nivel de oxígeno en sangre inferior al normal, específicamente en las arterias. La hipoxemia es signo de un problema relacionado con la respiración o la circulación, y puede provocar diversos síntomas, como dificultad para respirar.

¹² La Insuficiencia Renal Aguda (IRA) se define como la disminución en la capacidad que tienen los riñones para eliminar productos nitrogenados de desecho, instaurada en horas a días.



11.15. Nota de evolución de 30 de noviembre de 2018, suscrita por personal del servicio de Terapia Intensiva, en la que reportó a V con restos de alimentos y lo diagnosticó con choque séptico¹³ de partida pulmonar; sepsis pulmonar; neumonía por broncoaspiración¹⁴; neumonitis química¹⁵+SIRA¹⁶; apoyo mecánico ventilatorio; insuficiencia cardíaca aguda¹⁷; lesión renal aguda AKIN I¹⁸; disfunción orgánica múltiple.

11.16. Nota de evolución nocturna UCI de 30 de noviembre de 2018, en la que PSP6, médico adscrito a la UCI, indicó que atendió a V por gravedad, y asentó que no se contó con el equipo básico en UCI, ante la falta de relajantes neuromusculares.

11.17. Informe de estudio de endoscopia gastrointestinal de 30 de noviembre de 2018, en la que un médico radiólogo diagnosticó a V con esófago de

¹³ El choque séptico es un tipo de shock que se produce como resultado de una respuesta inflamatoria generalizada del organismo debido a una infección

¹⁴ La neumonía por aspiración ocurre cuando se inhala alimento o líquidos hacia las vías respiratorias o los pulmones, en lugar de tragarse

¹⁵ Es una inflamación de los pulmones o dificultad respiratoria debido a la inhalación de vapores químicos o por aspirar y ahogarse con ciertos químicos.

¹⁶ El SIRA, es una enfermedad pulmonar aguda, inflamatoria y difusa, que condiciona incremento de la permeabilidad vascular, con el consecuente paso de líquido y su acumulación en los alvéolos, lo que causa hipoxemia.

¹⁷ La insuficiencia cardíaca se define como aquella afección en la que el corazón es incapaz de bombear las cantidades necesarias de sangre para satisfacer las demandas del organismo. Cuando empleamos el término agudo, significa que el comienzo de los síntomas y los signos es rápido.

¹⁸ La clasificación AKIN incluye en su estadio 1 pequeños incrementos de la creatinina sérica (0,3 mg/dl) y los cambios observados en la función renal deben producirse en 48 horas.

Barrett¹⁹, Praga C1 M4²⁰, Funduplicatura competente, gastritis crónica y duodeno²¹ normal.

11.18. Nota de evolución de 2 de diciembre de 2018, en la que PSP7 reportó a V con bradicardia sinusal²², desaturación hasta 60% e hipotensión, por lo que administró atropina²³ y adrenalina, sin respuesta, en virtud de ello realizó maniobras de reanimación cardiopulmonar y aplicó amiodarona²⁴ obteniendo respuesta y detectó como efecto secundario taquicardia supraventricular²⁵.

11.19. Nota de evolución de 02 de diciembre de 2018, en la que PSP8 asentó que V presentaba evolución tórpida con necesidad de remplazo de la función renal y sugirió valoración por el servicio de nefrología.

11.20. Nota de evolución UCI de 3 de diciembre de 2018, en la que AR3, médico adscrito al servicio de Terapia Intensiva, reportó a V con flujos

¹⁹ El esófago de Barrett es una afección en la que el revestimiento plano y rosado del esófago que conecta la boca con el estómago se daña por el reflujo ácido, lo que hace que el revestimiento se engrose y se vuelva rojo.

²⁰ Clasificación de Praga: caracteriza la extensión de la metaplasia en su longitud máxima de la lengüeta (M) y la extensión circunferencial (C), de forma tal de poder objetivar la magnitud de la metaplasia y su evolución en el tiempo.

²¹ El duodeno se extiende desde el píloro hasta el ángulo duodeno-yeyunal, es la porción más corta del intestino delgado, mide 25 cm de largo.

²² Bradicardia sinusal: es cuando la frecuencia cardiaca determinada por el nódulo sinusal es menor de 60 lpm.

²³ La atropina, fármaco anticolinérgico-parasimpaticolítico, produce aumento de la frecuencia cardiaca por bloqueo de estímulos vagales.

²⁴ La amiodarona es un agente antiarrítmico usado en varios tipos de taquiarritmias tanto ventriculares como supraventriculares.

²⁵ La taquicardia supraventricular es un latido cardíaco rápido o errático irregular (arritmia) que afecta las cavidades superiores del corazón.

urinarios presentes disminuidos 1.0 ml/hora, con mala depuración y azoados elevados²⁶.

11.21. Nota de evolución UCI de 4 de diciembre de 2018, en la que AR3 refirió a V con elevación de los azoados e inestabilidad con altas dosis de oxígeno y FiO₂²⁷, e indicó diálisis peritoneal²⁸.

11.22. Nota médica de 4 de diciembre de 2018, en la que AR4, médica adscrita al servicio de Nefrología, asentó diagnóstico de lesión renal aguda AKIN III y sugirió manejo con solución de diálisis al 1.5% con estancia en cavidad para dos horas con 20 recambios.

11.23. Nota de evolución Terapia Intensiva turno vespertino de 4 de diciembre de 2018, en la que AR5 reportó a V con persistencia de hipoxemia (oxigenación 80% y elevación de azoados) con persistencia de hipernatremia²⁹ (sodio 147.0 mmol/L) e hiperkalemia³⁰ (potasio 5.5 mmol/L).

11.24. Nota de interconsulta neumología de 5 de diciembre de 2018, en la que PSP9 destacó disminución de los requerimientos de vasopresores, saturación del 90% y mejora en la distensibilidad pulmonar³¹.

²⁶ Sustancias de desecho que se eliminan por medio de los riñones y cuando éstos no funcionan, se elevan en la sangre, provocando daño en los tejidos y reduciendo el funcionamiento de los órganos.

²⁷ La fracción inspirada de oxígeno (FIO₂) es la concentración o proporción de oxígeno en la mezcla del aire inspirado

²⁸ La diálisis peritoneal es un tratamiento para la insuficiencia renal que utiliza el revestimiento del abdomen o vientre del paciente para filtrar la sangre dentro del organismo.

²⁹ La hipernatremia consiste en una concentración alta de sodio en la sangre.

³⁰ Es un trastorno electrolítico. Nivel alto de potasio.

³¹ Medición de la facilidad con que se expanden los pulmones y el tórax durante los movimientos respiratorios, determinada por el volumen y la elasticidad pulmonar.

11.25. Nota de evolución terapia intensiva turno vespertino de 5 de diciembre de 2018, en la que AR5 agregó a los diagnósticos insuficiencia hepática³² PB³³ hígado de choque³⁴ (BT³⁵1.7).

11.26. Nota de evolución UCI de 6 de diciembre de 2018, en la que AR3 reportó a V con hipotensión³⁶ y bradicardia³⁷, por lo que suspendió un fármaco sedante.

11.27. Nota de evolución de 7 de diciembre de 2018, en la que AR6, médica adscrita a los servicios de Medicina Interna y Nefrología, indicó a V cambio en la terapia de reemplazo renal y colocación de catéter Mahurkar³⁸ yugular.

11.28. Nota de evolución de 8 de diciembre de 2018, en la que PSP7, reportó a V con datos de bajo gasto³⁹ y de hipoperfusión⁴⁰, con apoyo de noradrenalina⁴¹.

³² La insuficiencia hepática aguda es la pérdida rápida (en días o semanas) de la función del hígado.

³³ Par de bases

³⁴ Un cuadro de necrosis hepatocelular predominantemente centrolobulillar extensa y potencialmente grave debida a una disminución significativa de la perfusión hepática.

³⁵ Nivel de bilirrubina en la sangre.

³⁶ Presión arterial es mucho más baja de lo normal

³⁷ Frecuencia cardíaca baja.

³⁸ Catéter de diálisis aguda de doble lumen de 10 Fr.

³⁹ Se define como índice cardíaco <2,0l/min/m², con presión arterial sistólica <90mmHg, sin hipovolemia relativa y con oliguria.

⁴⁰ La hipoperfusión se produce por el flujo sanguíneo reducido en la piel.

⁴¹ Sustancia química producida por algunas células nerviosas y en la glándula suprarrenal. Puede actuar tanto como neurotransmisor (mensajero químico usado por las células nerviosas), y como una hormona (sustancia química que recorre la sangre y controla las acciones de otras células u órganos).



11.29. Nota de procedimiento de hemodiálisis de 9 de diciembre de 2018, en la que una médica del servicio de Nefrología asentó a V con lesión renal aguda AKIN 3.

11.30. Notas de evolución de **fecha de fallecimiento**, en las que PSP7 y PSP10 reportaron a V con datos de bajo gasto y de hipoperfusión, con acidosis metabólica⁴² severa refractaria post-hemodiálisis. Asimismo, agregaron que a las 06:30 horas y 07:09 horas V presentó paro cardiorrespiratorio y a las **narración de hec** horas decretaron el lamentable fallecimiento de V.

12. Opinión médica de 18 de noviembre de 2022, en la que personal de esta Comisión Nacional concluyó que la atención brindada a V en el HG “Tacuba” del ISSSTE fue inadecuada.

13. Oficio CEAV/DGAJ/DESCPCNDH/0289/2023 del 17 de febrero de 2023, a través del cual la CEAV informó que la Carpeta de Investigación se encuentra en la etapa de investigación, y proporcionó el número del REFEVI y RENA VI de V y QV.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

14. Con motivo de la denuncia realizada por QV la FGR inició la Carpeta de Investigación, misma que a la fecha de emisión de la presente Recomendación continua en trámite.

⁴² La acidosis metabólica se desarrolla cuando se produce demasiado ácido en el cuerpo. También puede ocurrir cuando los riñones no pueden eliminar suficiente ácido del cuerpo.

15. Al momento de la emisión de la presente Recomendación, no obra constancia de que se hubiera iniciado queja ante el OIC-ISSSTE con motivo de la atención brindada a V en el ISSSTE.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

16. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2019/7141/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con 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 los criterios jurisprudenciales aplicables de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos consistentes en la protección de la salud y a la vida en agravio de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QV, atribuibles a personas servidoras públicas adscritas al HG “Tacuba” del ISSSTE, en la Ciudad de México, en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

17. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud. Al respecto, la jurisprudencia administrativa señala que “El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y

equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).”⁴³

18. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud⁴⁴ afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”, para lo cual los Estados deben garantizar que el servicio de prestación de salud público cumpla, cuando menos, con las siguientes características:

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

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

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

⁴³ 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.

⁴⁴ Fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York el 22 de junio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de los 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948.



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

19. El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que: "(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)."

20. El artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁴⁵ señala que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel de vida posible de salud física y mental.

21. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como "(...) un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)." ⁴⁶

22. En el artículo 10.1 así como en los incisos a) y d) del numeral 10.2, del "Protocolo de San Salvador", se reconoce que todas las personas tienen derecho a

⁴⁵ Ratificado por México en 1981.

⁴⁶ "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", aprobada por la Asamblea General de la ONU.

la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

23. La CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”⁴⁷ estableció que: “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...).”

24. Este Organismo Nacional, emitió la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”,⁴⁸ en la que se aseveró que: (...) el desempeño de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.⁴⁹

25. En el caso particular, de las evidencias analizadas se advirtió que conjuntamente AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, omitieron brindar a V la atención médica adecuada en su calidad de garante que les obligan las fracciones I y II del artículo 33 de la LGS y 48 del Reglamento de la LGS, así como los numerales 22 y 23 del Reglamento ISSSTE, lo que incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud y a la vida, 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.

⁴⁷ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

⁴⁸ El 23 de abril del 2009.

⁴⁹ CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.

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

• Antecedentes clínicos de V

26. V, de **edad** al momento de los hechos, fue intervenido quirúrgicamente en el HG “Tacuba” del ISSSTE el 27 de noviembre de 2018 por **fecha de fallecimiento**

27. Con la finalidad de tener una mejor comprensión de la atención médica que se brindó a V en el ISSSTE, se desarrollará de forma cronológica y con la referencia inicial de la Unidad Médica a la que acudió.

• UM Azcapotzalco del ISSSTE

28. El 7 de junio de 2018, V fue valorado por PSP1, médico adscrito a la Clínica de Medicina Familiar Azcapotzalco, quien, en su nota médica, reportó el hallazgo de esófago de Barret Praga⁵¹ [clasificación de Praga⁵²] C1 M4, hernia hiatal⁵³ tipo I y gastritis crónica con componente alcalino, por lo que lo refirió al servicio de Cirugía General del HG “Tacuba” del ISSSTE por enfermedad de reflujo gastro esofágico (ERGE) de larga evolución.

⁵⁰ Una enfermedad digestiva en la que el ácido o la bilis estomacal irrita el revestimiento del esófago.

⁵¹ Afección en la que el revestimiento plano y rosado del esófago que conecta la boca con el estómago se daña por el reflujo ácido, lo que hace que el revestimiento se engrose y se vuelva rojo.

⁵² Clasificación de Praga: Caracteriza la extensión de la metaplasia incluyendo la longitud máxima de la lengüeta y la extensión circunferencial, de forma tal de poder objetivar la magnitud de la metaplasia y su evolución en el tiempo

⁵³ La hernia de hiato se produce cuando la porción superior del estómago asciende hacia el tórax a través de una pequeña abertura que existe en el diafragma (hiato diafragmático).



• **HG “Tacuba” del ISSSTE**

29. El 9 de julio de 2018, V fue valorado por PSP2, cardiólogo adscrito al HG “Tacuba” del ISSSTE, como parte del protocolo prequirúrgico para realización de funduplicatura laparoscópica y clasificó un riesgo quirúrgico Goldman en clase I.

30. El 24 de septiembre de 2018, AR1, médico adscrito al servicio de Cirugía General del HG “Tacuba”, encontró a V con abdomen globoso por tejido adiposo, peristalsis presente y normal, en seguimiento por ERGE en tratamiento con omeprazol, por lo que programó funduplicatura laparoscópica para el 27 de noviembre de ese año.

31. El 26 de noviembre de 2018, V ingresó al servicio de Cirugía General del HG “Tacuba” del ISSSTE y fue valorado por PSP3 quien lo encontró con abdomen globoso por panículo adiposo⁵⁴, peristalsis⁵⁵ presente de adecuada intensidad y frecuencia, dolor a la palpación de cuadrante superior derecho de predominio timpánico a la percusión.

32. El 27 de noviembre de 2018 a las 9:00 horas, se realizó el procedimiento quirúrgico sin incidentes, V ingresó a sala de recuperación estable, bajo efectos de anestesia y signos vitales dentro de rangos normales.

⁵⁴ Grasa corporal.

⁵⁵ Movimiento ondulatorio de los músculos del intestino u otros órganos tubulares que se caracteriza por la contracción y relajación alternadas de los músculos que impulsan hacia adelante lo que contienen

33. De conformidad con la nota post-anestésica, AR2 reportó procedimiento anestésico bajo anestesia general balanceada sin incidentes, y retiro de sonda endotraqueal posterior a comprobar recuperación de reflejos de protección de vía aérea y automatismo ventilatorio.

34. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se estableció que el actuar de AR2 fue inadecuada ya que omitió recabar la información respecto a la última ingesta de alimentos, no corroboró de forma fidedigna el cumplimiento de las 8 horas de ayuno previo a la administración de la anestesia e intervención quirúrgica.

35. En ese sentido, AR2 incumplió con las recomendaciones establecidas en la GPC Valoración Perioperatoria Cirugía no Cardíaca, que en lo conducente señala: “Para la prevención de la bronco aspiración se debe de contemplar lo siguiente: 1. Ayuno es necesario para reducir esta complicación (Mínimo 8 a 9 horas y líquidos claros por lo menos 2 horas); 2. Control de hiperacidez a través de: o Uso de antagonistas H2 (ranitidina 50 mg IV) o Inhibidores de la bomba de protones (omeprazol); 3. Vaciamiento gástrico a través de: o Estimulantes del tracto gastrointestinal (Metoclopramida) o Sonda nasogástrica (En caso de estómago lleno en un periodo menor de 1-2 horas)”.

36. Hasta el 28 de noviembre de 2018, a las 07:00 horas, es decir, **18 horas posteriores a su ingreso en el servicio de Cirugía General**, V fue valorado por AR1, quien lo encontró con dolor en el sitio quirúrgico, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica y con adecuada evolución postquirúrgica, por lo que retiró sonda nasogástrica e inició la vía oral con dieta progresiva.



37. El 29 de noviembre de 2018, a las 09:55 horas, AR1 reportó a V sin cambios significativos a la valoración previa; sin embargo, los signos vitales mostraban alteración al registrarse hipotensión arterial, taquicardia y taquipnea.

38. A las 10:30 horas de ese día, se reportó a V con datos clínicos de taquicardia, sibilancias y estertores en ambos campos pulmonares, por lo que se le practicó tomografía, la cual arrojó adecuado paso de medio de contraste a estómago y sin datos de fuga.

39. Cinco horas después de presentar el deterioro clínico, es decir, a las 15:00 horas del 29 de noviembre de 2018, V fue valorado por PSP4 médica adscrita al servicio de Medicina Interna, quien lo encontró con murmullo vesicular disminuido, con síndrome de derrame pleural derecho de aproximadamente 30%.

40. De acuerdo con el estudio tomográfico de esa fecha PSP4 detectó la presencia de aire en región periesofágica, derrame pleural bilateral y datos de atelectasia. Asimismo, agregó que V cursaba con 48 horas postoperado, con deterioro de la función respiratoria, por lo que inició manejo antibiótico con doble cobertura, ajustó soluciones y agregó fármaco diurético.

41. A las 00:31 horas del 30 de noviembre de 2018, V fue valorado por PSP5, médico adscrito al servicio de Medicina Crítica, quien lo reportó con dificultad respiratoria desde hace dos días, con escala Glasgow de 15 puntos, saturación de oxígeno de 85%, por lo que ante los datos francos de dificultad respiratoria indicó su ingreso a la UCI, para su manejo de la vía aérea con intubación orotraqueal invasiva.



42. En la Opinión Médica de personal de este Organismo Nacional se señaló que el personal médico adscrito a los servicios de Anestesiología y Cirugía General, de quienes se desconoce su nombre y cargo, por lo que corresponderá a la autoridad competente investigar su identidad, responsables de la vigilancia del periodo post-operatorio inmediato, omitieron efectuar una vigilancia estrecha sin detectar el momento en que se presentó la complicación pulmonar (broncoaspiración); derivado de un diagnóstico y tratamiento tardío que provocó daño pulmonar severo. Por lo que, incumplieron con lo establecido en el artículo 8, fracciones II y III del Reglamento de la LGS, que en lo sustantivo señala que las actividades de atención médica son curativas y de rehabilitación, que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano y a limitar el daño.

43. El 30 de noviembre de 2018, V fue valorado por personal del servicio de Terapia Intensiva, de quien se desconoce su nombre y cargo, quien al realizar aseo bronquial encontró restos de características de alimentos y lo diagnosticó con choque séptico de partida pulmonar, sepsis pulmonar, neumonía por broncoaspiración, neumonitis química más Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda, apoyo mecánico ventilatorio, insuficiencia cardiaca aguda, inestabilidad hemodinámica, lesión renal aguda, disfunción orgánica múltiple.

44. En opinión del médico de este Organismo Nacional y de acuerdo con la Literatura Médica Especializada el tratamiento quirúrgico de funduplicatura laparoscópica es altamente efectivo, y se ha documentado riesgos y complicaciones entre las destacan las pulmonares, mismas que pueden estar relacionadas con la cirugía y/o la anestesia, pudiendo presentarse desde el inicio del procedimiento o hasta un máximo de siete días del postoperatorio.



45. Asimismo, en la Opinión Médica se mencionó que V presentaba factores de riesgo para la presentación de dicha complicación, específicamente su enfermedad de base motivo de la cirugía, además del uso de anestesia general y cirugía laparoscópica; sin embargo, el factor de mayor importancia a cumplir radicó en las horas de ayuno recomendadas por la Sociedad Americana de Anestesiología y la GPC Valoración Perioperatoria en Cirugía No cardíaca, que en lo conducente establece ayuno de 8 a 9 horas en alimentos sólidos, de 2 a 4 horas en líquido, ya que en operaciones electivas, como en el presente caso, siguiendo dicha recomendación se asumiría un riesgo bajo de aspiración perioperatoria.

46. Desde el punto de vista médico el origen del deterioro del estado de salud que presentó V posterior al evento quirúrgico realizado el 27 de noviembre de 2018, fue a consecuencia de una aspiración pulmonar de contenido alimentario por vómito.

47. En opinión del especialista de esta Comisión Nacional el personal de enfermería y médico de los servicios de Anestesiología y Cirugía General responsables de la vigilancia del periodo postoperatorio inmediato incurrieron en inadecuada atención al no detectar el momento en que se presentó la complicación pulmonar (Broncoaspiración), por lo que no realizaron el manejo inmediato que requería consistente en aspiración, oxígeno y tratamiento de presión positiva en las vías respiratorias.

48. Dicha omisión derivó en un diagnóstico y tratamiento tardío que provocó daño pulmonar severo, aumentó las complicaciones de V, condujo a su deterioro y posterior fallecimiento.



49. De acuerdo con lo asentado en la nota de evolución nocturna del 30 de noviembre de 2018, a las 23:40 horas, PSP6, médico adscrito a la UCI, atendió a V por gravedad; sin embargo, ante la falta de equipo básico en UCI no se le aplicaron relajantes musculares.

50. En la opinión del personal médico de este Organismo Nacional se señaló que para lograr un adecuado manejo de ventilación era necesaria la administración de relajantes musculares, cuya finalidad radicaba en coadyuvar con el fármaco sedante y con ello evitar efectos secundarios como lo es la bradicardia que V presentó con posterioridad.

51. Al respecto, el numeral 95 del Reglamento de la LGS establece que "(...) los hospitales deberán contar con una dotación de medicamentos para su operatividad, las veinticuatro horas del día durante todo el año (...)", por lo que existió una inobservancia por parte del personal encargado de requisitar, hacer llegar y distribuir a las unidades médicas del ISSSTE los medicamentos.

52. El 1 de diciembre de 2018, V continuó sedado a base de doble fármaco, bajo ventilación mecánica asistida y sin reacción a estímulos nociceptivos⁵⁶.

53. El 2 de diciembre de 2018, V presentó un evento de bradicardia sinusal al registrarse frecuencia cardiaca de 20 por minuto, acompañada de hipotensión arterial (70/32 mmHg) e hipoxemia con 60% de saturación de oxígeno, por lo que PSP7 administró atropina y adrenalina, sin obtener respuesta, por lo cual inició

⁵⁶ La nocicepción es un proceso neuronal mediante el cual se codifican y procesan los estímulos potencialmente dañinos contra los tejidos



maniobras de reanimación cardiopulmonar y se detectó como efecto secundario taquicardia supraventricular.

54. En la literatura médica especializada la taquicardia supraventricular es un ritmo cardíaco rápido compuesto por 3 o más impulsos consecutivos, que dependen de estructuras anatómicas por arriba del tronco del haz de His⁵⁷. Dentro de la taquicardia se encuentra la sinusal fisiológica⁵⁸, definida como el incremento de disparo del nodo sinusal por arriba de 100 latidos por minuto como respuesta, entre otros, a un factor patológico o farmacológico, como en el presente caso, por la administración de atropina y adrenalina para revertir la bradicardia y paro cardíaco.

55. Ese mismo día, V fue valorado por PSP8, médico adscrito al servicio de Cirugía General, quien lo reportó con severo daño renal, al detectar niveles de urea en 203.8 mg/dL, creatinina de 3.7 mg7dL, con sodio de 147 mmol/L y potasio de 5.9 mmol/L, y sugirió valoración por el servicio de Nefrología para inicio de terapia de hemodiálisis.

56. El 3 de diciembre de 2018, AR3, médico adscrito al servicio de Terapia Intensiva, suspendió el fármaco antiarrítmico al registrar signos vitales frecuencia cardiaca dentro de los parámetros. AR3, encontró a V con flujos urinarios presentes disminuidos 1.0 ml/hora, con mala depuración y azoados elevados.

⁵⁷ Grupos de fibras que transportan impulsos eléctricos a través del centro del corazón.

⁵⁸ Taquicardia sinusal es la aceleración rítmica del corazón como respuesta a un estímulo normal. La taquicardia sinusal es fisiológica cuando constituye una reacción apropiada al ejercicio, el estrés o a enfermedades



57. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se estableció que AR3 omitió realizar la solicitud de valoración por el servicio de Nefrología, lo cual era idóneo ante los hallazgos obtenidos.

58. En la nota médica de 4 de diciembre de 2018, AR3 reportó a V con elevación de los azoados e inestabilidad por altas dosis de oxígeno y FiO₂, por lo que indicó terapia de sustitución renal a través de diálisis peritoneal.

59. En misma fecha, V fue valorado por AR4, médica adscrita al servicio de Nefrología, y corroboró el diagnóstico de lesión renal aguda AKIN III de origen intrínseco por sepsis y por choque séptico, por lo que continuó con solución de diálisis al 1.5 %.

60. Al respecto, en la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional se señaló que la insuficiencia renal aguda es un síndrome que se caracteriza por una disminución abrupta de la filtración glomerular, que resulta de la incapacidad del riñón para excretar productos nitrogenados y para mantener la homeostasis de líquidos y electrolitos. El origen de la lesión aguda renal de V fue a consecuencia de la falla cardíaca o choque séptico, lo que provocó necrosis tubular aguda.

61. Asimismo, el personal médico en su opinión indicó que V cumplía con los criterios para dar inicio de manera urgente a la terapia de reemplazo renal al presentar oliguria⁵⁹, hiperazoemia⁶⁰ grave, signos cénicos de toxicidad urémica⁶¹,

⁵⁹ Baja producción de orina.

⁶⁰ Exceso de urea en la sangre.

⁶¹ Estado de intoxicación que afecta los sistemas cardiovascular, gastrointestinal, hematopoyético, inmune, nervioso y endocrino.



sobrecarga de líquidos, insuficiencia orgánica múltiple (renal, pulmonar y cardíaca) síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y choque séptico con disfunción renal, por lo que AR3 omitió solicitar de manera inmediata la valoración a través de interconsulta al servicio de Nefrología e iniciar la modalidad de **diálisis peritoneal**⁶² al encontrarse contraindicada por cirugía abdominal previa, tal como lo había indicado PSP8.

62. AR4 omitió suspender la diálisis peritoneal indicada por el servicio de Terapia Intensiva sin implementar tratamiento alternativo de hemodiálisis sugerido por la bibliografía médica especializada para pacientes críticos con inestabilidad hemodinámica, como lo es la hemodiálisis veno-venosa continua, pues es mejor tolerada por personas hipotensas, además que la regulación de fluidos y el soporte nutricional eliminan los periodos de sobrecarga y depleción de volumen.

63. Por lo que, las omisiones de AR3 y AR4 en el manejo de la insuficiencia renal aguda contribuyeron en el deterioro del estado de salud del paciente al no indicar tratamiento oportuno e idóneo que revirtiera o limitara el daño renal.

64. A las 19:30 horas, de ese 4 de diciembre de 2018, AR5, médico adscrito al servicio de Terapia Intensiva, reportó a V grave con alta mortalidad, con persistencia de hipoxemia al detectar saturación de oxígeno de 80% y elevación de azoados, con resistencia hipernatremia e hiperkalemia.

65. El 5 de diciembre de 2018, PSP9, médica adscrita al servicio de Neumología, indicó a V antibiótico de amplio espectro para el control de la neumonía por

⁶² La diálisis peritoneal es un tratamiento para la insuficiencia renal que utiliza el revestimiento del abdomen o vientre del paciente para filtrar la sangre dentro del organismo.



broncoaspiración. Asimismo, detalló presencia de sobrecarga de volumen sin mejoría debido a la disfuncionalidad del catéter de diálisis peritoneal, por lo que consideró y sugirió cambio de la modalidad de la terapia dialítica a la alternativa hemodiálitica (hemofiltración venovenosa continua) ya que era la idónea para el manejo debido al estado clínico crítico de V.

66. A las 19:00 horas, AR5 omitió la indicación de PSP9 respecto al cambio en la terapia de reemplazo renal, pese a que persistía la hiperkalemia, alteración en el funcionamiento hepático, al reportar bilirrubina total de 1.70 mg/dL, lactato deshidrogenasa 2023.0 UI/L, aspartato aminotransferasa 316.2 UI/L, alanina aminotransferasa 1137.4 UI/L y fosfatasa alcalina 128.0 UI/L, con lo que se agregó daño hepático y aumentó el riesgo de morbimortalidad⁶³.

67. En la nota médica de 6 de diciembre de 2018, AR3 encontró a V con hipotensión y bradicardia, por lo que decidió la suspensión de un fármaco sedante y refirió manejo a base de noradrenalina y dobutamina⁶⁴, así como ante la evidencia de falla de la función renal, solicitó valoración por el servicio de Nefrología.

68. A las 10:27 horas, del 7 de diciembre de 2018, AR6, médica del servicio de Medicina Interna y Nefrología, encontró a V en anasarca⁶⁵ y disfunción del catéter de diálisis peritoneal, por lo que decidió manejo urgente a través de terapia de hemodiálisis.

⁶³ Tasa de muertes por enfermedad en una población y en un tiempo determinados.

⁶⁴ Dobutamina se recomienda cuando se necesita terapia parenteral para apoyo inotrópico en el tratamiento a corto plazo de adultos con descompensación cardíaca, debida a contractilidad deprimida que resulta de enfermedad cardíaca orgánica o de procedimientos cardíacos quirúrgicos.

⁶⁵ Edema general del tejido celular subcutáneo, acompañado de hidropesía en las cavidades orgánicas.

69. Es importante precisar, que en la Opinión Médica de la CNDH se estableció que si bien existían contraindicaciones para el manejo de diálisis peritoneal que no fueron consideradas durante la primera valoración por parte del servicio de Nefrología; también existían para la hemodiálisis convencional o intermitente ante la inestabilidad hemodinámica que V presentaba.

70. Por lo que, en la opinión de personal médico de este Organismo Nacional, AR6 omitió dar manejo idóneo a través de alguna de las modalidades de terapia de reemplazo renal continuo, tomando en consideración el estado clínico crítico de V, tal como lo sugiere la literatura médica especializada.

71. El 9 de diciembre de 2018, a las 02:36 horas, en el servicio de Terapia Intensiva, se encontró a V con lesión renal aguda AKIN 3, persistencia con azoados elevados, por lo que se decidió otorgar sesión de hemodiálisis urgente.

72. Ese mismo día, en la nota de las 07:15 horas, PSP7 y PSP9 reportaron a V con datos de bajo gasto y de hipoperfusión, con acidosis metabólica severa refractaria post-hemodiálisis. Asimismo, añadieron hipotensión severa, desaturación con SAT O₂ hasta 77%. También, describieron que a las 06:30 horas, V presentó ritmo idioventricular de 80x', posterior paro cardiorrespiratorio por lo que otorgaron maniobras de reanimación avanzadas. A las 07:09 horas, se reportó nuevo evento cardiorrespiratorio, logrando revertirlo a los cuatro minutos, pero con inestabilidad franca, conduciendo a un tercer evento que no pudo ser revertido con las maniobras de reanimación cardiopulmonar, decretaron su lamentable fallecimiento a las narración de hec horas del 9 de diciembre de 2018, con los diagnósticos de



falla orgánica múltiple⁶⁶, acidosis metabólica refractaria secundaria, choque séptico⁶⁷ secundario, neumonitis química⁶⁸ secundaria; broncoaspiración⁶⁹, postoperado de funduplicatura secundario, hernia hiatal⁷⁰.

73. Del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 incumplieron conjuntamente en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27 fracción III, 32, 33, fracción II, 51 y 77 bis 37, fracciones I y III de la LGS y 48 del Reglamento de la LGS; 22 y 23 del Reglamento ISSSTE que en términos generales, establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

B. DERECHO A LA VIDA

74. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos nacionales como internacionales, por lo que corresponde al Estado Mexicano a

⁶⁶ Insuficiencia grave de más de un sistema orgánico vital.

⁶⁷ Es una afección grave que se produce cuando una infección en todo el cuerpo lleva a que se presente presión arterial baja peligrosa.

⁶⁸ Es una inflamación de los pulmones o dificultad respiratoria debido a la inhalación de vapores químicos o por aspirar y ahogarse con ciertos químicos.

⁶⁹ La broncoaspiración es el paso accidental de alimentos sólidos o líquidos a las vías respiratorias.

⁷⁰ La hernia de hiato se produce cuando la porción superior del estómago asciende hacia el tórax a través de una pequeña abertura que existe en el diafragma

través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.⁷¹

75. 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 (...)”.⁷²

76. La CrIDH ha establecido que “El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le 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 (...)”⁷³, asimismo “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)”.⁷⁴

⁷¹ 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.

⁷² Tesis Constitucional. “Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011, y registro 16319.

⁷³ CrIDH. Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Párrafo 144.

⁷⁴ CrIDH. Caso Familia Barrios vs. Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.



77. 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”.⁷⁵

78. En caso particular, las evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, adscritos al HG “Tacuba” del ISSSTE en la Ciudad de México, constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida con base en lo siguiente:

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

79. V falleció el 9 de diciembre de 2018 y de acuerdo con el certificado de defunción, con diagnósticos de “1. Falla orgánica múltiple (cardiovascular, respiratoria, renal, metabólica y digestiva) secundaria a: A) acidosis metabólica refractaria secundaria; B) choque séptico secundario, C) neumonitis química secundario; D) broncoaspiración. 2. PO de funduplicatura secundario a: A) Hernia hiatal (...)”, derivadas de manera directa de la inadecuada atención médica brindada por AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6.

⁷⁵ CNDH. Recomendación: 153/2022, párr. 40.



80. Como se precisó en la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional la atención brindada a V en el HG “Tacuba” del ISSSTE fue inadecuada toda vez que AR2 omitió recabar información respecto a la última ingesta de alimentos de V, lo cual era necesario previo a la administración de anestesia.

81. En el caso de AR3, AR4, AR5 y AR6 conjuntamente omitieron otorgar el adecuado tratamiento de terapia de reemplazo renal continuo, lo que deterioró el estado de salud de V al desarrollar insuficiencia renal aguda severa y contribuyó en el daño orgánico múltiple.

82. AR2, omitió recabar la información respecto a la última ingesta de alimentos de V y corroborar de manera fidedigna el cumplimiento de las 8 horas de ayuno previo a la administración de la anestesia e intervención quirúrgica de V.

83. De esta forma, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 incumplieron lo señalado en el artículo 48 del Reglamento de la LGS que dispone: “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)” en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica curativas: “tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”.

84. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud, por lo que AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 debieron valorar adecuada e integralmente

a V para evitar que su salud se agravara con las complicaciones que propiciaron la pérdida de su vida.

85. La elevación del riesgo permitido⁷⁶ repercutió en el deterioro de su salud, así como en el posterior fallecimiento de V, incumpliendo con lo previsto en los artículos 1º, párrafo primero y 29, párrafo tercero, de la Constitución Política; 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, que establecen el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.⁷⁷

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

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

87. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,⁷⁸ párrafo 27, consideró que “(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la

⁷⁶ Causa de exclusión de la antijuridicidad debida a que una conducta que entraña peligro de lesión para bienes jurídicos, sin embargo, está jurídicamente permitida o autorizada, con tal de que no se rebase un determinado nivel de riesgo, por adoptarse medidas de precaución o control que lo mantengan dentro de límites social y jurídicamente aceptables en una ponderación de intereses, es decir, por no haber imprudencia.

⁷⁷ CNDH. Recomendación: 153/2022, párr. 41.

⁷⁸ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”

88. En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, sostuvo que “un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”⁷⁹

89. La NOM-Del Expediente Clínico, establece que “el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).”⁸⁰

90. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, expuso que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus

⁷⁹ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

⁸⁰ Introducción, párrafo segundo.

antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

91. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.⁸¹

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

C.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE V

93. En la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional, se advirtió que AR1, incumplió lo señalado en los numerales 5.1., 5.8., 8.5 y 8.8 de la NOM-Del Expediente Clínico, al omitir realizar la nota preoperatoria, así como al haber

⁸¹ CNDH, párrafo 34.



realizado la nota postoperatoria de forma abreviada, sin reunir la información mínima necesaria.

94. De las evidencias que se allegó el personal médico de esta Comisión Nacional, señaló que no se encontraron notas de ingreso y de evolución del 27 de noviembre de 2018 cuando V estuvo a cargo del servicio de Cirugía General del HG “Tacuba”, por lo que se incurrió en inobservancia a la NOM-Del Expediente Clínico, los numerales 8, 8.1, 8.3 que señalan “(...) 8. De las notas médicas en hospitalización; 8.1. De ingreso. Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes: 8.1.1. Signos vitales; 8.1.2. Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso; 8.1.3. Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; 8.1.4. Tratamiento y pronóstico; 8.3. Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma”.

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

96. A pesar de tales Recomendaciones, el personal médico y de enfermería persiste en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente



a las personas usuarias, lo cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, por lo que, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

D. RESPONSABILIDAD

D.1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

97. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, adscritos al HG “Tacuba” del ISSSTE en la Ciudad de México, provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención proporcionada a V, lo cual culminó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud que derivó en la pérdida de la vida como se constató con base en lo siguiente:

97.1. AR2 omitió recabar la última ingesta de alimentos de V y corroborar de manera fehaciente el cumplimiento de las 8 horas de ayuno previo a la administración de la anestesia e intervención quirúrgica.

97.2. El personal médico de los servicios de Anestesiología y Cirugía General responsables del manejo del periodo post-operatorio inmediato, omitieron efectuar una vigilancia estrecha por lo que no detectaron el momento en el que V presentó la complicación pulmonar (broncoaspiración) y que derivó en el diagnóstico y tratamiento tardío que provocó el daño pulmonar severo, así como el deterioro en su estado de salud y la evolución a neumonía, sepsis, choque séptico y daño orgánico múltiple.

97.3. AR3, omitió solicitar de manera urgente valoración por el servicio de Nefrología. Aunado a ello, colocó catéter Tenckhoff e indicó terapia de diálisis peritoneal cuando esta se encontraba contraindicada por cirugía abdominal previa reciente.

97.4. AR4, omitió suspender diálisis peritoneal e implementar el tratamiento alternativo de terapia de reemplazo renal continuo en su modalidad de hemodiálisis venovenosa continua, indicada en pacientes con criterios urgentes en estado crítico con inestabilidad hemodinámica.

97.5. AR5, omitió realizar el cambio en la terapia de reemplazo renal a la modalidad de hemofiltración venovenosa continua.

97.6. AR6, indicó manejo de hemodiálisis convencional o intermitente no obstante de estar contraindicado en pacientes con inestabilidad hemodinámica y omitió otorgar tratamiento de terapia de reemplazo renal continuo en su modalidad de hemodiálisis venovenosa continua.

97.7. Finalmente, AR1 omitió realizar la nota preoperatoria y efectuó la nota postoperatoria de forma abreviada, sin reunir la información mínima necesaria.

98. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, incumplieron en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27, fracción III, 32, 33, fracción II y III, 51 y 77 bis 37, fracciones I y III, de la LGS, que en términos generales establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que

se efectúe un diagnóstico y tratamiento oportuno y certero, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas que vulneraron el derecho humano a la salud de V, lo que le produjo la pérdida de la vida.

99. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en el expediente clínico de V igualmente constituyen responsabilidad para AR1, así como del personal de los servicios de Anestesiología y Cirugía General del HG “Tacuba” que tuvieron a su cargo el manejo de V el 27 de noviembre de 2018, quienes infringieron los lineamientos establecidos en la NOM-Del Expediente Clínico.

100. De lo anterior, se colige que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, era personal médico con la calidad de persona servidora pública al momento de ocurrir los hechos esgrimidos que vulneraron los derechos humanos de V, también con su conducta afectó la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal, conforme a los dispuesto en los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII y 49, fracción I, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

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



101.1. Presentará denuncia administrativa ante el OIC-ISSSTE, para efecto que se determine la responsabilidad administrativa que diera lugar en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, así como lo relativo a la integración del expediente clínico.

101.2. Solicitará al ISSSTE para que instruya a quien corresponda, a fin de que se colabore en el seguimiento de la aportación de elementos probatorios en la Carpeta de Investigación con base en la presente Recomendación y las evidencias en que se sustenta la misma.

D.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL DEL HG “TACUBA”

102. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Política, “todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

103. La promoción, el respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por



parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

104. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponde de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

105. En el presente pronunciamiento ha quedado expuesta la Responsabilidad Institucional por parte del HG “Tacuba”, por la falta de fármacos relajantes musculares en la UCI, necesarios para el adecuado manejo de la ventilación mecánica, tal como lo asentó PSP6 en su nota de 30 de noviembre de 2018, por lo que ante la falta de equipo básico de UCI tuvo que administrar doble fármaco sedante que provocó efectos secundarios en V como lo es el evento de bradicardia.

V. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

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

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

107. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), además fracciones VII y IX, del artículo 74, 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 en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QV, quienes cuentan con número de registro REFEVI 1 y REFEVI 2, respectivamente, y se encuentran inscritos actualmente en el Registro Federal de Víctimas, así como en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, lo cual les otorga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas, para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva para que proceda conforme a sus atribuciones a dar seguimiento a la reparación del daño integral de las víctimas.

108. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” de las



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

109. La CrIDH ha indicado que la reparación es un término genérico que comprende las diferentes maneras cómo un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido. Por ello, la reparación comprende diversos “modos específicos” de reparar que “varían según la lesión producida.” En este sentido, dispone que “las reparaciones que se establezcan deben guardar relación con las violaciones declaradas”.⁸²

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

i. Medidas de Rehabilitación

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

⁸² “Caso Garrido y Baigorria vs. Argentina”. Sentencia de 27 de agosto de 1998. Reparaciones y Costas, párr. 41.



112. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a QV, la atención psicológica y tanatológica que requiera, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, en razón del fallecimiento de V, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado, atendiendo a su edad, su condición de salud física y emocional, y sus especificidades de género.

113. Esta atención, a pesar del tiempo transcurrido del momento en que acontecieron los hechos, el ISSSTE, en coordinación con la CEAV, deberá proporcionarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para QV, con su previo consentimiento, brindando información clara y suficiente. Los tratamientos, en su caso, deberán ser provistos por el tiempo necesario, y deben incluir los medicamentos convenientes a su situación, en caso de requerirlos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de Compensación

114. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 a 72 y 88 Bis 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".⁸³

⁸³ "Caso Palamara Iribarne Vs. Chile" Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.

115. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos sufrida, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas a consecuencia de la violación a sus derechos humanos, ello acorde a la Ley General de Víctimas.

116. Para tal efecto, el ISSSTE deberá colaborar con la CEAV, para que a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, se realice y emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, a fin de que se proceda a la inmediata reparación integral del daño que se le causó a QV, quien cuenta con REFEEVI 2, por las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V, quien cuenta con REFEEVI 1, mismo que deberá incluir la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, hecho lo cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite el cumplimiento al punto primero recomendatorio.

iii. Medidas de Satisfacción

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

118. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al ISSSTE colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente en el OIC-ISSSTE, para efecto que se determine la responsabilidad administrativa que diera lugar en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, así como lo relativo a la integración del expediente clínico, en cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

119. Este Organismo Nacional advierte que existe la Carpeta de Investigación por el delito de homicidio en agravio de V, por lo que el ISSSTE deberá acreditar que efectivamente colabora con las instancias investigadoras y respondan con amplitud y veracidad a los requerimientos que se le realicen, de forma oportuna y activa. En ese sentido, esta Comisión Nacional remitirá a la Carpeta de Investigación, copia de la presente Recomendación, para que dicha Fiscalía tome en cuenta lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas, del presente instrumento recomendatorio. Lo anterior para dar cumplimiento al punto cuarto de esta Recomendación.

iv. Medidas de no repetición

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



121. Al respecto, las autoridades del ISSSTE deberán diseñar e 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, así como la debida observancia y contenido de las GPC Valoración Peroperatoria Cirugía no Cardíaca y Tratamiento de la Taquicardia Supraventricular, y de las NOM Del Expediente Clínico y UCI, dirigido al personal médico y administrativo de los servicios de Anestesiología, Cirugía General y Nefrología del HG “Tacuba”, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, en caso de continuar activos laboralmente en dichos nosocomios; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso y estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; éste será impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos e incluir un programa, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias de participación. Lo anterior para dar cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

122. Asimismo, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico y administrativo de los servicios de Anestesiología, Cirugía General y Nefrología del HG “Tacuba”, con la finalidad de que se cumplan las 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; hecho lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio sexto.



123. Las autoridades del ISSSTE, deberán supervisar durante el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, que se implementen y realicen acciones preventivas y correctivas a efecto de garantizar que la UCI del HG “Tacuba” cuente con el equipo básico conforme a lo establecido en la NOM-UCI y el artículo 95 del Reglamento de la LGS. En ese sentido, se deberán remitir a este Organismo Nacional las constancias que estime pertinentes para el cumplimiento del punto recomendatorio séptimo.

124. Esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para las autoridades a fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y por consecuencia, sumarse a una cultura de la paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

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

VI. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore con la CEAV, para que a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, se realice y emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente



instrumento recomendatorio, a fin de que se proceda a la inmediata reparación integral del daño que se le causó a QV, quien cuenta con REFEEVI 2, por las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V, quien cuenta con REFEEVI 1, mismo que deberá incluir la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones; hecho lo anterior, se remitan las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la CEAV, se otorgue la atención psicológica y tanatológica que requiera QV, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, en razón del fallecimiento de V, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado, atendiendo a su edad, su condición de salud física y emocional, y sus especificidades de género; así como proveerle de los medicamentos convenientes a su situación. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento; hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente en el OIC-ISSSTE para efecto que se determine la responsabilidad administrativa que diera lugar en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, así como lo relativo a la integración del expediente clínico, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto 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 su cumplimiento.



CUARTA. Se colabore ampliamente en el seguimiento de la Carpeta de Investigación que existe en la FGR, por lo que deberá acreditar que efectivamente colabora con las instancias investigadoras y responder con amplitud y veracidad a los requerimientos que se le realicen, de forma oportuna y activa. En ese sentido, esta Comisión Nacional remitirá a la Carpeta de Investigación, copia de la presente Recomendación, para que dicha Fiscalía tome en cuenta lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas; hecho la anterior, remita a este Organismo Nacional las pruebas de su cumplimiento.

QUINTA. Diseñe e implemente 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, así como la debida observancia y contenido de las GPC Valoración Peroperatoria Cirugía no Cardíaca y Tratamiento de la Taquicardia Supraventricular, y de las NOM Del Expediente Clínico y UCI, dirigido al personal médico y administrativo de los servicios de Anestesiología, Cirugía General y Nefrología del HG "Tacuba", en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, en caso de continuar activos laboralmente en dichos nosocomios; el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación. Dicho curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos e incluir un programa, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias de participación; hecho lo cual, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita diversa circular dirigida al personal médico y administrativo de los servicios de Anestesiología, Cirugía General y Nefrología del HG “Tacuba”, con la finalidad de que se cumplan las 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, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se supervise durante el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, que se implementen y realicen acciones preventivas y correctivas a efecto de garantizar que la UCI del HG “Tacuba” cuente con el equipo básico conforme a lo establecido en la NOM-UCI y el artículo 95 del Reglamento de la LGS, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. Se 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.

126. 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.

127. 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.

128. 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.

129. 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