

RECOMENDACIÓN No. 115/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A 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 VI1 Y VI2 EN SU CALIDAD DE VICTIMAS INDIRECTAS, ATRIBUIBLES A PERSONAL DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 196 “FIDEL VELÁZQUEZ SÁNCHEZ”, EN ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO, ASÍ COMO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”, EN LA CIUDAD DE MÉXICO, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Ciudad de México, a 31 de julio de 2021

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

1.La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, 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; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2021/4594/Q**, relacionado con el caso de V.

2.Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad,

en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4, 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 último párrafo, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1, 6, 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 una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

SIGNIFICADO	CLAVE
Persona Servidora Pública	PSP
Autoridad Responsable	AR
Víctima	V
Víctima Indirecta	VI
Persona Médico Residente	PMR

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas dependencias, personas, instancias de gobierno, autoridades e instrumentos se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

NOMBRE	ACRÓNIMO/ABREVIATURA
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Hospital General del Centro Médico Nacional “La Raza” en la Ciudad de México	CMN “La Raza”
Hospital General Regional No. 196 “Fidel Velázquez Sánchez” del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Ecatepec Estado de México	HGR-196
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	UCIA
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI

I. HECHOS.

5.El 16 de mayo de 2021, VI1 presentó queja en este Organismo Nacional, en la que hizo valer presuntas violaciones a los derechos humanos de V, atribuibles a servidores públicos adscritos HGR-196.

6. VI1 precisó que el 13 de mayo de 2021, V fue llevado al HGR-196 debido a una serie de convulsiones, y que el 15 de mayo de 2021 personal médico del HGR-196 lo diagnosticó con meningitis, informando a VI1 y a VI2 que era necesaria la valoración por parte de un neurólogo, pero que ello sólo sería posible hasta el lunes 17 o martes 18 de mayo de esa anualidad, ya que el único especialista estaba de vacaciones.

7.Asimismo, VI1 refirió que el domingo 16 de mayo de 2021 las convulsiones de V

aumentaron, por lo que acudieron nuevamente a dicho nosocomio, en el que le recetaron Aciclovir 600mg y Linezololid, ninguno de los cuales fue proporcionado por el hospital; adicionalmente, indicó que recibieron el diagnóstico de que V padecía encefalitis craneal.

8.En escrito de aportación de 19 de mayo de 2021, VI1 refirió que, en esa misma fecha, personal del área de Terapia Intensiva del HGR-196 informó que V podía morir en cualquier momento, sin que les proporcionaran mayor información al respecto.

9.Aunado a lo anterior, VI1 refirió que el 22 de mayo de 2021, se le informó que V estaba muy grave y que “no sabían que más hacer”, por lo que lo trasladarían al CMN “La Raza”, a pesar de que VI1 había solicitado el traslado a dicho centro de especialidades desde el 15 de mayo de 2021, no obstante, en esa ocasión el personal del HGR-196, le manifestó que era muy riesgoso realizar tal traslado, y fue hasta que empeoró la condición de V, que el personal del referido nosocomio determinó trasladarlo.

10.VI1 señaló que el 23 de mayo de 2021, a la 01:00 a.m., V fue trasladado al CMN “La Raza”, que cuando estaban subiendo a la ambulancia a V, el médico del CMN “La Raza” preguntó por el neurólogo del HGR-196, informándole que no contaban con especialista ya que había fallecido.

11.VI1 añadió que al llegar al CMN “La Raza”, personal de éste revisó el sistema para verificar los estudios que, de acuerdo al dicho del personal del HGR-196, había realizado el neurólogo a V, sin encontrar registro alguno, ya que el disco compacto que le entregaron con los presuntos estudios de V contenía el ultrasonido de una mujer embarazada.

12.El 01 de junio de 2021 V perdió la vida, hecho que VI1 y VI2 consideran consecuencia del mal manejo, diagnóstico y tratamiento dado por el personal médico tanto del HGR-196, como del CMN “La Raza”.

13.Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional radicó el expediente de queja **CNDH/5/2021/4594/Q** y, a fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvo copia del expediente clínico de V, con informes de su atención médica, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

14.Escrito de queja y aportaciones presentadas por VI1 en este Organismo Nacional el 16, 19, 22, 23 y 24 de mayo de 2021, respectivamente.

15.Expediente clínico de V, del cual destacan las siguientes documentales:

15.1. Nota de ingreso al Área de Reanimación del servicio de Urgencias, del HGR-196 del IMSS, realizada por AR2, en la que refirió que V acudió acompañado de VI2, quien señaló los antecedentes personales patológicos y su padecimiento.

15.2. Nota médica de 13 de mayo de 2021, realizada por AR2, quien diagnosticó a V con neuroinfección¹ secundaria a probable meningitis² viral, así como falla prerrenal, entre otros aspectos, lo que aunado a los reportes de laboratorio de esa

¹ Infección del sistema nervioso central y la médula espinal

² La meningitis se caracteriza por la inflamación del recubrimiento del cerebro. Este recubrimiento se llama meninges.

fecha evidenciaban que el agraviado cursaba con un proceso infeccioso, ante lo cual AR2 solicitó autorización para realizar una punción lumbar y señaló que el cuadro que presentaba V se encontraba asociado a un proceso probablemente de origen bacteriano por neumonía.

15.3. Nota médica de servicios de urgencias, de fecha 13 de mayo de 2021, realizada por PSP9 quien manifestó que V presentó periodos de somnolencia y de agitación psicomotriz con crisis convulsivas tónico clónico generalizada.³

15.4. Nota de valoración médica de fecha 13 de mayo de 2021, signado por PMR1, en la que estableció como impresión diagnóstica de ingreso: *“Probable encefalitis viral (inflamación del parénquima cerebral secundaria a una infección viral), crisis convulsiva en estudio, desequilibrio hidroelectrolítico de tipo hipokalemia moderada (disminución de potasio), neumonía adquirida en la comunidad de etiología a determinar”*. Cabe señalar que, toda vez que PMR1 es un médico residente de primer año que realizó la valoración sin la supervisión y/o asesoría del médico adscrito, se conculcó lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012.Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, apartado 11.4.

15.5. Nota de valoración médica de fecha 14 de mayo de 2021, signada por AR3 quien estableció diagnósticos de crisis convulsivas de reciente inicio probable secundario a meningoencefalitis viral,⁴ más neumonía atípica a descartar COVID 19 vs VIH entre otros, así como lesión renal aguda. Se precisa que la nota médica

³ CNDH. Opinión médica especializada. “Las persona pierde la conciencia y tiene anquilosamiento o rigidez muscular, así como sacudidas musculares, Estas crisis convulsivas suelen ser generalizadas, iniciándose en ambos lados del cerebro.”

⁴ Inflamación de meninges y parénquima cerebral secundaria proceso infeccioso viral

carece del nombre completo del médico que la elaboró, lo que contraviene la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

15.6. Nota de valoración médica de fecha 15 de mayo de 2021, suscrita por AR4, que diagnosticó a V con crisis convulsivas de reciente inicio probable secundario a meningoencefalitis viral y neumonía atípica.

15.7. Nota de evolución de Jornada acumulada del servicio de Medicina Interna de fecha 16 de mayo de 2021, elaborada por AR5, en las que constan los diagnósticos de estatus epiléptico,⁵ neumonía atípica de la comunidad, síndrome séptico y probable encefalitis viral. Se precisa que la nota médica carece del nombre completo del médico que la elaboró, lo que contraviene la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

15.8. Nota agregada, de fecha 16 de mayo de 2021, suscrita por AR5, en la que narró que a las 21:30 horas solicitó interconsulta a Terapia Intensiva, donde PSP1 y el médico de base del turno nocturno, sin mencionar el nombre, señalaron que V no cumplía con los criterios de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA), sugiriendo ajustar el tratamiento y en caso de persistir con crisis convulsivas volvieran a presentar interconsulta. Se advierte que dicha nota médica también carece del nombre completo de la médico que la elaboró, lo que contraviene la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

15.9. Nota agregada de la misma fecha, 16 de mayo de 2021, signada por PSP10, en la que mencionó que V persistió con crisis convulsivas pese a tratamiento

⁵ Para la Organización Mundial de la Salud, estado epiléptico es la presentación de crisis epilépticas constantes, repetitivas o tan prolongadas, que crean una condición epiléptica continua, de por lo menos 30 minutos de duración, aun cuando el estado de conciencia del enfermo se encuentre preservado.

médico por lo que se decidió realizar intubación endotraqueal y colocación de catéter venoso central yugular. Igualmente, se advierte que la nota médica carece del nombre completo y firma del médico que la elaboró, contraviniendo con ello la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

15.10. Nota de valoración médica, de fecha 17 de mayo de 2021, suscrita por AR3, en la que diagnosticó a V con encefalitis de etiología por determinar, neumonía atípica, lesión renal en remisión, estatus epiléptico secundario en manejo con sedación y requerimiento de asistencia mecánica ventilatoria.

15.11. Nota de valoración médica, de fecha 17 de mayo de 2021, signada por PSP11, en la que estableció como impresión diagnóstica epilepsia descontrolada, probable COVID 19 y probable meningoencefalitis.

15.12. Nota de evolución nocturna de la UCI de fecha 18 de mayo de 2021, signada por AR9, quien señaló que el paciente cursó con una evolución clínica favorable.

15.13. Nota de valoración médica, de fecha 18 de mayo de 2021, signada por AR7, en el que solicitó nuevamente encefalograma ya que desde el ingreso de V dicho estudio no se había realizado.

15.14. Nota de valoración médica, de fecha 18 de mayo de 2021, signada por AR8.

15.15. Nota de valoración médica, de fecha 19 de mayo de 2021, signada por PSP12, integrando el diagnóstico de estado epiléptico secundario a infección con foco pulmonar (neumonía) a determinar etiología (origen), quien como parte del plan terapéutico solicitó repetir punción lumbar, toda vez que el citológico y citoquímico

realizado el 13 de mayo de 2021 no presentó datos de infamación o infección, por lo que indicó que en ese momento no había datos de neuroinfección.

15.16. Nota de valoración médica, de fecha 19 de mayo de 2021, signada por AR8, en la que describió a V con los diagnósticos de estatus epiléptico superrefractario⁶, neumonía adquirida de la comunidad, desequilibrio ácido base con alcalosis respiratoria, y a la exploración física con signos vitales dentro de parámetros normales.

15.17. Nota de valoración médica, de fecha 20 de mayo de 2021, signada por AR7, en la que mencionó que V continuaba con estatus epiléptico superrefractario, por lo que ante tal situación el paciente no se encontraba en condiciones para ser trasladado a un tercer nivel para realizarle resonancia magnética. Se obtuvo resultado de cultivo de secreción bronquial positivo a *Acinetobacter baumannii*.⁷ Se precisa que la nota médica carece del nombre completo del médico que la elaboró, lo que contraviene la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

15.18. Nota de valoración médica, de fecha 20 de mayo de 2021, signada por AR8, en la que refirió a V en estado crítico, con riesgo alto de complicaciones, choque séptico, muerte cerebral y muerte, informando a la familia de V su estado de salud, diagnóstico y pronóstico.

⁶ De acuerdo a la opinión médica especializada emitida por la CNDH, el estatus epiléptico superrefractario se define como el que continúa o recurre en 24 horas o más, una vez que se inició la anestesia, durante el retiro de esta o una vez que esta se retiró por completo

⁷ Bacteria de origen intrahospitalario. "No es un microorganismo ubicuo y no se observa con frecuencia en la naturaleza, ni como colonizador en la comunidad. Por el contrario, esta bacteria coloniza e infecta pacientes hospitalizados en estado crítico o francamente debilitados por sus comorbilidades, siendo una bacteria común en unidades de cuidado intensivo y unidades de quemados. Adicionalmente a su alta capacidad para desarrollar resistencia a los antibióticos, hace de esta genoespecie un agente causal de diversas infecciones intrahospitalarias y elevadas tasas de mortalidad".

15.19. Notas de valoración médica, de fecha 21 de mayo de 2021, signada por AR6, AR7 y AR8, en la que reportaron que V permaneció en coma inducido por fármacos y que no se reportaron eventos de crisis convulsivas.

15.20. Nota de evolución nocturna UCI, de fecha 22 de mayo de 2021, suscrito por AR9, en la que mencionó al paciente con los diagnósticos de estado epiléptico superrefractario y neumonía adquirida de la comunidad, sin evento convulsivo hasta ese momento.

15.21. Nota de evolución de jornada acumulada de cuidados intensivos, de fecha 22 de mayo de 2021, elaborada por PSP1, en la que consta que V presentó nuevo evento convulsivo por lo que requería su traslado a un tercer nivel toda vez que necesitaba tiopental y en el HGR-196 no contaban con los recursos necesarios para continuar con su tratamiento.

15.22. Nota de Triage e Inicial de Servicio de Urgencias, de fecha 23 de mayo de 2021, elaborada por PSP2, en el CMN “La Raza” en la que señaló que V fue referido del HGR-196 del IMSS, en Ecatepec de Morelos, Estado de México, para valoración por el diagnóstico de estatus epiléptico refractario; describió en la nota los antecedentes, padecimiento actual y el manejo médico otorgado en el HGR-196 del IMSS; igualmente, hizo constar que V fue enviado a esa unidad para ser valorado por la Unidad de Cuidados Intensivos, sin estudios de laboratorio, ni de imagen, toda vez que el disco compacto que entregó el médico de traslado pertenecía a otra paciente.

15.23. Nota de valoración médica, de fecha 23 de mayo de 2021, signada por PSP3, en la que estableció el diagnóstico de estatus epiléptico suprarrefractario, hemodinámicamente inestable en choque séptico, con alteración metabólica por

acidosis respiratoria y desequilibrio electrolítico y que en ese momento era prioritaria el manejo ventilatorio, hemodinámico, metabólico para prevenir secuelas a corto y largo plazo a fin de disminuir morbimortalidad, ameritando manejo en la UCI.

15.24. Nota de egreso del servicio de urgencias observación, de fecha 23 de mayo 2021, elaborada por PSP13, en la que refirió sospecha de neuroinfección por la presencia de fiebre asociada a convulsiones, señalando que derivado de la valoración realizada por médicos de Terapia Intensiva se había determinado el ingreso de V a dicho servicio.

15.25. Nota de valoración e ingreso a la UCI de fecha 23 de mayo de 2021, elaborada por AR10, en la que detalló que V ingresó a esa unidad para valoración, para continuar con sedación profunda, así como para manejo de eventos convulsivos y continuar protocolo de estudio, solicitud de electroencefalograma para descartar estatus epiléptico no convulsivo, y citoquímico de líquido cefalorraquídeo ya que no contaron con el reporte del realizado en el HGR-196 del IMSS. Estableció el diagnóstico de estatus epiléptico refractario, choque séptico de punto de partida pulmonar secundario a neumonía asociada a la ventilación mecánica, acidosis respiratoria. Cabe señalar que la nota médica aludida carece de la firma del médico que la elaboró, lo que contraviene la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

15.26. Nota médica, de fecha 23 de mayo de 2021, elaborada por AR10 en la que se reporta monitoreo electroencefalográfico sin presencia de convulsiones hasta ese momento. Se advierte que dicha nota tampoco ostenta la firma del médico que la elaboró, lo que contraviene la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

15.27. Nota médica, de fecha 24 de mayo de 2021, elaborada por AR10, en la que señaló que V no había presentado crisis convulsivas, sin embargo, no consta que se haya dado continuidad a lo solicitado por el especialista en neurología.

Igualmente, la nota aludida no ostenta la firma del médico que la elaboró, lo que contraviene la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

15.28. Nota médica de evolución turno matutino de la UCI, de fecha 25 de mayo de 2021, elaborada por PSP14, en la que hizo constar el manejo dado al estado epiléptico refractario y de choque que presentaba V, señalando que por la medición del nervio óptico se encontraron datos sugestivos de hipertensión intracraneana. Se precisa que la nota médica carece de la firma del médico que la elaboró, lo que contraviene la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

15.29. Nota médica, de fecha 26 de mayo de 2021, elaborada por PSP14, en la que hizo constar que, de acuerdo al resultado del encefalograma de V, continuó la actividad eléctrica generalizada por lo que se optimizaron los sedantes.

15.30. Nota médica, de fecha 26 de mayo de 2021, elaborada por PSP6 en la que solicitó valoración por el servicio de Neurología para reajuste de tratamiento farmacológico y señaló que no descartaba etiología infecciosa del sistema nervioso central.

15.31. Notas médicas de evolución de fechas 27 de mayo de 2021, elaboradas por PSP4, PSP15, PSP6 y PSP16, en las que, entre otros aspectos, consta la persistencia de fiebre hasta 39.3 C°, así como el resultado del cultivo de secreción bronquial de fecha 24 de mayo de 2021, con crecimiento de *Acinetobacter Baumannii*.

15.32. Nota médica, de fecha 27 de mayo de 2021, elaborada por PSP15, en la que a partir del resultado de los estudios de laboratorios de fecha 27 de mayo de 2021, se advirtió que V continuó cursando con un proceso infeccioso, en daño o falla hepática.

15.33. Nota médica, de fecha 27 de mayo de 2021, elaborada por AR12, en la que se reportó resultado de electroencefalograma sin evidencia de estado epiléptico y ordena el reajuste de tratamientos anticomiciales. Se identificó que la nota aludida tampoco ostenta el nombre completo del médico que la elaboró, lo que contraviene la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. En su numeral 5.10.

15.34. Nota médica, de fecha 28 de mayo de 2021, elaborada por AR13, de la que se advierte que el tratamiento dado a V se concentró en el manejo del estado epiléptico, sin abordar la etiología de éste.

15.35. Nota médica, de fecha 29 de mayo de 2021, elaborada por PSP5, quien refirió que el turno previo V presentó crisis convulsivas por lo que reinició tratamiento sedante con propofol e inducción a coma con tiopental.

15.36. Nota médica, de fecha 30 de mayo de 2021, elaborada por PSP4, en la que señaló el antecedente de seis eventos de crisis convulsivas, manejo médico, así como prescripción de fosfato de potasio, sustancia con la que no se contó en la unidad.

15.37. Nota médica, de fecha 30 de mayo de 2021, elaborada por PSP7, que corresponde al seguimiento en la UCI, en la que se señaló que V persistió con fiebre y se inició manejo con antiviral ante la presencia de lesiones dérmicas, agregando que tampoco se descartaba que V cursara con encefalitis viral.

15.38. Nota médica, de fecha 30 de mayo de 2021, elaborada por PSP17, en la que hace constar, entre otros aspectos, el manejo médico por proceso infeccioso pulmonar documentado con detección de *Acinetobacter Baumannii*. Destaca que la

nota médica de referencia carece de la firma del médico que la elaboró, lo que contraviene la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

15.39. Nota médica, de fecha 31 de mayo de 2021, elaborada por PSP7 y PSP8, en la que se hizo constar que V cursó con datos de choque séptico con falla multiorgánica y con deterioro importante de la función respiratoria.

15.40. Notas de valoración por los servicios de dermatología y oftalmología, de fecha 31 de mayo de 2021.

15.41. Notas médicas, de fechas 31 de mayo de 2021, elaboradas por PPMR2, en la que señaló a V con mala evolución, bajo sedación profunda, en coma barbitúrico y anticonvulsivos a dosis plena, hemodinámicamente con apoyo de vasopresor con lo que mantiene presión arterial media perfusoria de 76 mmHg, en ese momento con apoyo ventilatorio mecánico en parámetros de protección pulmonar con saturación de 75%, glucosa normal, sin cambios en el manejo antibiótico, sin embargo, continuó con fiebre de difícil control. Adicionalmente, se reportó el resultado de laboratorio de la prueba serológica de fecha 31 de mayo de 2021, con citomegalovirus. Se precisa que la referida nota médica carece del nombre completo y firma del médico que la elaboró, lo que contraviene la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

15.42. Nota de Egreso por Defunción de fecha 1 de junio de 2021, signada por PSP5 en la que constan los diagnósticos de "Estado epiléptico super refractario de 13 días, neumonía asociada a la ventilación mecánica 4 días y choque séptico de 4 días".

15.43. Resultado de estudiocitoquímico y citológico de líquido cefalorraquídeo de fecha 1 de junio de 2021 y Registro clínico, esquema terapéutico e intervenciones

del servicio de Enfermería en el que se advierte que el servicio de Enfermería asistió a V durante punción lumbar. Cabe señalar que los médicos responsables de la atención de V en el turno matutino inobservaron la NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

16. Opinión especializada en materia de medicina, de fecha 22 de mayo de 2023, realizada por personal de esta Comisión Nacional.

17. Acta circunstanciada de fecha 15 de junio de 2023, en la cual personal de este organismo Nacional hizo constar que VI1 informó que con motivo del fallecimiento por de V, no se promovió acción legal diversa a la interposición de la queja ante este Organismo Nacional.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

18. Esta Comisión Nacional recibió el escrito de queja presentado por VI1 por la inadecuada atención médica, diagnóstico y tratamiento de V, atribuido a personal de HGR-196 así como del CMN “La Raza”, que ocasionaron que el 01 de junio de 2021 perdiera la vida.

19. Este Organismo Nacional no cuenta con evidencias de que se haya presentado denuncia administrativa o penal por los hechos relacionados con la presente Recomendación.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE PRUEBAS

20. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja **CNDH/5/2021/4594/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 a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones al derecho humano a 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 VI1 y VI2 en su calidad de víctimas indirectas, atribuibles a personal médico del HGR- 196, así como del CMN “La Raza”, ambos del IMSS, en atención a las siguientes consideraciones:

A. Derecho a la Protección de la Salud

21. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel⁸, reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.

⁸CNDH. Recomendaciones 158/2022, párrafo 31; 156/2022, párrafo 22; 92/2022, párrafo 18; 71/2021, párrafo 41; 6/2021, párrafo 25; 35/2020, párrafo 33; 23/2020, párrafo 36; 80/2019, párrafo 30; 47/2019, párrafo 34; 26/2019, párrafo 36; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28 y 14/2016, párrafo 28, entre otras.

22. Asimismo, 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 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 (...)*”.⁹

23. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que “*la salud es 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. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos*”.¹⁰

24. El párrafo 1 de la Observación General 14 “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, reconoce que la salud es “*un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*”.¹¹

⁹ Tesis 1ª./J.50/2009, “Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud”. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena época, tomo XXIX, abril de 2009, pág. 164, registro digital 167530.

¹⁰ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, Observación General 14.

¹¹ Aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas en su 22º periodo de sesiones, celebradas del 25 de abril al 12 de mayo de 2000.

25. En la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, ha señalado que: “ (...) *el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad*”.¹²

26. En los artículos 10.1 e incisos a) y d), del numeral 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, se reconoce el derecho a la salud 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 “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”¹³, 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.*”

27. En el presente caso, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 del HGR-196, así como AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14 del CMN “La Raza” omitieron brindarle a V la atención médica adecuada en su calidad de garantes, acorde a las obligaciones señaladas en los artículos 33, fracciones I y II, de la LGS; 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 7 del Reglamento del IMSS, lo que incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud y a la vida en agravio de V, al tenor de los razonamientos que a continuación se exponen.

¹² CNDH, Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, Pág. 16

¹³ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

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

28. De acuerdo a la información que obra en la Opinión médica emitida por personal de este Organismo Nacional, V era un persona de 25 años de edad, quien presentó los siguientes antecedentes personales patológicos de importancia: epilepsia diagnosticada a los 12 años con suspensión de tratamiento a los 15 años, sin especificar la causa de la epilepsia, manejo terapéutico indicado y motivo por el cual se suspendió el tratamiento; quirúrgicos, transfusiones, traumáticos y hospitalizaciones negados, alérgico a la penicilina, alcoholismo positivo sin llegar a estado de embriaguez, tabaquismo y toxicomanía negados.

A.1.1. Atención médica proporcionada a V en el HGR-196.

29. De acuerdo con lo descrito en la nota de ingreso al área de reanimación del servicio de Urgencias, realizada por AR1 el 13 de mayo de 2021, a las 05:00 horas, V acudió acompañado por VI2 al HGR-196, refiriendo que el 07 de mayo de 2021, a las 18:00 horas, al salir de su trabajo inició con dolor detrás de los ojos de intensidad moderada, además de dolor de cabeza de predominio frontal, con incremento de la sintomatología al estar acostado boca arriba, por lo que acudió con un médico particular quien indicó como tratamiento médico ketorolaco,¹⁴ con discreta mejoría del cuadro clínico.

30. El 08 de mayo de 2021, persistió con el dolor retro ocular y pérdida del equilibrio, por lo que el 09 de mayo de 2021 acudió nuevamente con un médico particular quien reportó disminución de la saturación de oxígeno de 90% y fiebre de 38°C, por probable

¹⁴ Analgésico, antipirético, antiinflamatorio.

infección por el virus SARS COV-2, razón por la cual le prescribió tratamiento médico.

31. El 10 de mayo de 2021, V se realizó la prueba rápida de COVID con resultado negativo; el martes 11 de mayo de esa anualidad se realizó una segunda prueba, la cual también tuvo resultado negativo; el miércoles 12 de mayo de 2021 acudió a laborar por mejoría, sin embargo, al llegar a su casa a las 20:30 horas, presentó crisis convulsivas de aproximadamente un minuto de duración; posteriormente, despertó con vomito, sin respuesta a estímulos, después tuvo otra crisis convulsiva, aunque de menor duración. En atención ello, VI1 y VI2 llamaron a paramédicos para su auxilio, siendo trasladado a una unidad médica privada y de ahí al HGR-196 del IMSS, ubicado en el municipio de Ecatepec de Morelos, en el Estado de México, debido a una desaturación de oxígeno importante del 50%.

32. En el HGR-196, AR1 realizó exploración física a V, advirtiendo elevación de frecuencia cardiaca, respiratoria y de temperatura, así como disminución de la saturación de oxígeno en un 60%, con una clasificación de NEWS¹⁵ de 11 puntos, clínicamente confuso, con disminución de la percepción-atención, entre otros aspectos.

33. Destaca que, de acuerdo a la Opinión médica especializada realizada por personal de este Organismo Nacional, AR1 señaló que descartó alteraciones metabólicas, sin embargo no refirió los resultados de laboratorio a partir de los cuales descartó tales alteraciones; ante la presencia de fiebre y desaturación de oxígeno, señaló que probablemente el cuadro clínico de V se encontraba asociado a infección por SARS-COV 2, que podía generar alteraciones neurológicas, diagnosticando

¹⁵ CNDH. Opinión médica especializada. “*National Early Warning Score*: escala para identificar la gravedad y el riesgo de mortalidad en pacientes con sospecha de infección, 7 o más puntos se clasifica con un riesgo clínico alto, que requiriere de una respuesta emergente, es decir de un equipo de respuesta rápida que debe estar capacitado para el manejo crítico, incluyendo manejo de la vía aérea.”

infección de vías respiratorias bajas, y descartando una infección del sistema nervioso central y la médula espinal; reportando a V muy grave con pronóstico malo para vida y función.

34. En ese tenor, este Organismo Nacional advierte que en la Nota Médica realizada por AR1 se evidencia la falta de descripción y adecuada interpretación clínica de los resultados de laboratorio con los cuales descartó alteraciones metabólicas, a pesar de que dentro del expediente clínico de V constan resultados de laboratorio de fecha 13 de mayo de 2021, de cuya lectura, de acuerdo a la Opinión médica del personal especializado de la CNDH, es posible interpretar que V presentaba alteraciones metabólicas, las cuales fueron desestimadas por AR1 al no interpretarlas adecuadamente, a pesar de que dicha persona servidora pública refirió a V muy grave y en la escala de NEWS con un riesgo alto de deteriorarse, por lo que requería de monitoreo continuo; no obstante lo anterior, en el expediente clínico de V no constan indicaciones de medidas y manejo médico de V; con lo que se acredita que AR1 violentó en agravio de V el derecho humano a la protección de la salud, además de haber inobservado lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM- 004-S5A3-2012, del Expediente Clínico.

35. Se afirma lo anterior, ya que de acuerdo a la Opinión médica emitida por personal especializado de este Organismo Nacional, AR1 omitió realizar un adecuado abordaje médico diagnóstico de inicio, al haber diagnosticado a V como “*caso sospechoso de SARS-COV2 a descartar neuroinfección*” dadas sus condiciones clínicas y metabólicas, sin que pase desapercibido para esta Comisión Nacional que, si bien es cierto que V reunía los criterios de definición descritos en el “*Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de COVID- 19*”, también lo es que en el expediente clínico de V que fue proporcionado por esa autoridad, no obra hoja de indicaciones del día 13 de mayo de 2021, ni el registro en

la hoja del servicio de Enfermería donde se haya descrito que se indicó la toma de muestra para SARS-COV 2 por personal capacitado, muestra que debió realizarse una vez que se identificó el caso como sospechoso.

36. Por el contrario, del análisis del expediente clínico de V, este Organismo Nacional advirtió que la muestra referida fue solicitada y realizada hasta el día 19 de mayo de 2021, es decir 6 días después del ingreso de V y no de forma inmediata; del mismo modo, se advirtió que no hay registro de que se hayan establecido las medidas de aislamiento de contacto con V, a pesar de tratarse de un caso sospechoso de COVID-19. Aunado a lo anterior, ante la duda de una neuroinfección por la sintomatología que presentaba V, era necesaria la valoración por la especialidad de neurología, sin embargo, dicha interconsulta tampoco fue realizada.

37. En ese tenor, se acreditan las violaciones al derecho humano a la protección de la salud en agravio de V atribuible a AR1, toda vez que al haber omitido solicitar la prueba PCR SARS-COV2, así como la valoración de la especialidad de neurología, incumplió con su obligación de integrar un diagnóstico certero y, en consecuencia, de proporcionar un tratamiento adecuado para V.

38. En ese tenor, este Organismo Nacional cuenta con elementos de los que se acredita que la atención médica dada a V por AR1 fue inadecuada, con lo que vulneró su derecho humano a la protección a la salud, ya que no se realizó en apego a lo establecido en los artículos 32, párrafo primero, y 51, párrafo primero, de la Ley General de Salud; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 111 A, párrafo segundo, de la Ley del Seguro Social; 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como en lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, en el Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia

Epidemiológica y por Laboratorio de la Enfermedad Respiratoria Viral, y en el Lineamiento para la atención de pacientes por COVID 19.¹⁶

39. Ahora bien, el mismo 13 de mayo de 2021, a las 10:57 horas, V fue valorado por AR2, de cuyo diagnóstico destaca que señaló que V presentaba una neuroinfección secundaria a probable meningitis viral,¹⁷ entre otros aspectos, lo que

¹⁶ **Ley General de Salud. Artículo 32.** “Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. [...]”. **Artículo 51:** “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. [...]”

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículo 9: “La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.”. **Artículo 48:** “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.”

Ley del Seguro Social. Artículo 111 A: “[...] En el expediente clínico electrónico se integrarán los antecedentes de atención que haya recibido el derechohabiente por los servicios prestados de consulta externa, urgencias, hospitalización, auxiliares de diagnóstico y de tratamiento.”

Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. “Artículo 7: “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. De la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno de ellos proporcione. El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.”

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. “[...] 7 De las notas médicas en urgencias. 7.1 Inicial. Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente: 7.1.1 Fecha y hora en que se otorga el servicio; 7.1.2 Signos vitales; 7.1.3 Motivo de la atención; 7.1.4 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso; 7.1.5 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; 7.1.6 Diagnósticos o problemas clínicos; 7.1.7 Tratamiento y pronóstico.[...]”.

Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de la Enfermedad Respiratoria Viral. “Una vez identificado el caso, se deberá realizar el estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral y la toma de muestra por personal capacitado y designado por la unidad de salud, de acuerdo con el perfil institucional, con las medidas de protección mencionadas (precauciones estándar, gotas, contacto y vía aérea).”

Lineamiento para la atención de pacientes por COVID 19. “Cuando se ha identificado a un paciente con síntomas respiratorios que cumplan con criterios de caso sospechoso, deberá permanecer bajo medidas de aislamiento de contacto”.

¹⁷ CNDH. Opinión médica especializada. **“Meningitis Viral.** Las infecciones virales del SN ocasionan dos síndromes clínicos: las meningitis y las encefalitis. Desde un punto de vista asistencial es importante distinguirlos, ya que su etiología y tratamiento suelen ser diferentes. No obstante, en ocasiones algunos agentes ocasionan cuadros de

valorado junto con los reportes de laboratorio de esa fecha evidenciaban que V cursaba un proceso infeccioso con inicio de fallo prerrenal; bajo ese contexto y, de acuerdo a la Opinión médica especializada emitida por este Organismo Nacional, si bien es cierto que AR2 ante la sospecha de una neuroinfección secundaria a una meningitis vírica realizó adecuadamente una punción lumbar y por el suceso prerrenal indicó apropiadamente manejo de líquidos con aporte de electrolitos, además de que ante la sospecha de un proceso infeccioso de tipo bacteriano por neumonía inició manejo de antibiótico e indicó adecuadamente manejo de anticonvulsivante, también lo es que, ante la sospecha de una neuroinfección, era necesaria la valoración por el especialista en neurología, así como valoración por el servicio de Neumología, para estar en posibilidad de establecer el tratamiento médico adecuado de V; lo anterior, por mayoría de razón al considerar que AR2 señaló que el referido cuadro neurológico se encontraba asociado a un proceso probablemente de origen bacteriano por neumonía, no obstante lo cual, AR2 no solicitó tales interconsultas.

40. Además, este Organismo Nacional advirtió que la prueba de PCR SARS-COV 2 nuevamente no fue solicitada durante el turno a cargo de AR2; aunado a que, ante la sospecha de proceso viral, AR2 debió haber solicitado también diversas pruebas, entre éstas, de *Toxoplasma gondii*, Rubéola, Citomegalovirus, y Herpes virus, prueba rápida de VIH, así como resonancia magnética y electroencefalograma, entre otras, de manera previa a iniciar un tratamiento antibiótico a V, con la finalidad de determinar las causas del padecimiento.

solapamiento con afectación simultánea de las meninges y del parénquima cerebral (meningoencefalitis). (...) también se puede afectar la médula espinal y los nervios craneales y raíces de los nervios que salen de la médula, ocasionando meningorradiculitis, mielitis, encefalomielitis, etc. En general, el curso clínico de la meningitis viral es benigno. El comienzo suele cursar de forma aguda con fiebre, cefalea frontal o retroorbitaria, fotofobia y rigidez de nuca. Estas manifestaciones clínicas son similares a las de las meningitis bacterianas, si bien con frecuencia los signos clínicos son menos prominentes y su curso autolimitado, En ocasiones existe alteración del estado mental, pero no suele ser profundo ni llegar al coma, como tampoco suelen producirse convulsiones, a no ser que exista también encefalitis.”

41. En ese tenor, este Organismo Nacional advierte que AR2 omitió realizar un abordaje médico diagnóstico de inicio completo a V, a pesar de que existía la sospecha de neuroinfección y neumonía, por lo que inobservó las recomendaciones de la literatura médica especializada sobre el tratamiento en casos de neuroinfección, con lo que contribuyó al deterioro de la evolución de la enfermedad en agravio de V. vulnerando así su derecho humano a la protección de la salud.

42. El 13 de mayo de 2021, V ingresó al piso de Medicina Interna del HGR-196, donde fue valorado por PMR1, sobre este punto es menester destacar, de manera preliminar, que con ello se contravino lo establecido en la *Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas 11.4*, en atención a que la valoración médica fue realizada por un médico residente de Medicina Interna sin la supervisión y/o asesoría del médico adscrito.

43. Ahora bien, toda vez que V era un paciente reportado en las notas médicas previas con grave riesgo de deterioro y de manejo avanzado de la vía aérea; especialistas de la CNDH advirtieron que, en la nota médica de ingreso, así como en la hoja de indicaciones médicas correspondientes al 13 de mayo de 2021, debía constar la indicación de monitoreo continuo a V en atención a su condición clínica y metabólica; y que, igualmente, era necesaria la valoración del especialista de Neumología, toda vez que se había señalado que el cuadro neurológico se encontraba asociado a una neumonía de origen probablemente bacteriano, lo anterior, a fin de contar con la información necesaria para normar conducta a seguir, sin embargo, tal valoración no fue solicitada por PMR1.

44. Sobre el particular, no pasa desapercibido para este Organismo Nacional que tal omisión y el impacto de esta en el derecho humano a la protección de la salud de V, es atribuible al IMSS en atención a que, tal y como fue expuesto en el párrafo precedente, los médicos residentes deben contar con la supervisión y asesoría del médico adscrito, lo que no ocurrió en el caso concreto, por lo que la omisión en que incurrió PPMR1 es atribuible a la autoridad y es constitutiva de responsabilidad institucional, ya que el IMSS dejó de observar las normas que regulan lo atiente al proceso de educación, capacitación y supervisión de médicos residentes.

45. Aunado a lo anterior, se advierte que la prueba de PCR SARS-COV 2 continuó sin ser requerida durante ese turno; y que, a pesar de la sospecha de encefalitis viral, PPMR1 no solicitó determinaciones serológicas de anticuerpos, PCR (proteína C reactiva) y de líquido cefalorraquídeo, hemocultivos, coprocultivos, urocultivos, laboratoriales de importancia, así como resonancia magnética, de manera previa al inicio de la antibioticoterapia; ello con la finalidad de determinar la etiología viral.

46. En atención a lo expuesto, este Organismo Nacional advierte que PPMR1 incurrió en omisiones consistentes en un insuficiente abordaje médico diagnóstico en un paciente con sospecha de neuroinfección viral y neumonía, con lo que, a su vez, inobservó lo establecido en la *“Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, tratamiento y prevención de la meningitis aguda bacteriana adquirida en la comunidad en pacientes adultos inmunocompetentes”*, así como en la literatura médica especializada en encefalitis viral,¹⁸ lo que constituye una vulneración al derecho humano a la protección

¹⁸ Esta última señala: “Ante la sospecha de encefalitis viral, además de realizar el estudio citoquímico y microbiológico del LCR se puede solicitar la reacción en cadena de polimerasa (PCR) para amplificación del ADN viral en caso de sospecha de VHS1, virus de Varicella zoster (VZV), citomegalovirus (CMV) y virus de Epstein barr (VEB). El diagnóstico definitivo de las meningitis virales se establece demostrando la presencia del agente etiológico en el LCR. Esto no siempre es posible por métodos directos, por lo que en ocasiones cabe recurrir a métodos indirectos como la serología. Así, la detección de agentes etiológicos en localizaciones diferentes al LCR (obedeciendo a su patogenia y replicación, p. ej., en faringe, o a su eliminación a través de las heces) o la documentación de anticuerpos mediante

de la salud en agravio de V atribuible al IMSS, toda vez que tal y como ha sido expuesto, esa autoridad dejó de observar la normatividad sobre educación, capacitación y supervisión de médicos residentes.

47. El 14 de mayo de 2023, V fue valorado por AR3, quien lo reportó muy grave, con pronóstico reservado. El personal especializado de este Organismo Nacional advirtió que, si bien es cierto que AR3 reportó a V muy grave, hipotenso, estuporoso, con el antecedente de haber presentado evento convulsivo dos horas previas, con desaturación de oxígeno a pesar del apoyo ventilatorio con mascarilla y con la probabilidad de que requiriera apoyo mecánico ventilatorio, estableciendo como impresión diagnóstica meningoencefalitis viral; también lo es que, fue omiso al no haber solicitado la valoración de V por la especialidad de Neurología, de Neumología, electroencefalografía, así como al no haber complementado la intervención diagnóstica y requerir el estudio ampliado del líquido cefalorraquídeo previamente tomado en fecha 13 de mayo de 2021, así como pruebas serológicas virales, reacción en cadena de la polimerasa y PCR (proteína C reactiva) del mismo, entre otros estudios, necesarios para la complementación diagnóstica y normar conducta a seguir.

48. Bajo esa tesitura, este Organismo Autónomo advierte que AR3 no se apejó a lo que señala la literatura médica especializada en encefalitis viral: *“La resonancia magnética cerebral (RM) es el examen de elección, para investigar de manera temprana la presencia de lesiones que se localizan principalmente en los lóbulos temporales y regiones orbitofrontales...Ante la sospecha de encefalitis viral, además de realizar el estudio citoquímico y microbiológico del LCR se puede solicitar la reacción en cadena de polimerasa (PCR) para amplificación del ADN viral en caso de sospecha de VHS1, virus de Varicela zoster (VZV), citomegalovirus (CMV) y virus de Epstein barr (VEB)”*.

determinaciones serológicas, orientan hacia un diagnóstico probable y no definitivo de este tipo de infecciones”.

49. Aunado a lo anterior, el personal médico especializado de la CNDH señaló que, no obstante el deterioro respiratorio que presentaba V, AR3 desestimó requerir una gasometría arterial a fin de valorar el grado de insuficiencia respiratoria que presentaba e incluso la necesidad de intubación orotraqueal con ventilación mecánica invasiva. En mérito de lo expuesto, en el presente caso se cuenta con elementos de los que se acredita que AR3 incurrió en una atención médica inadecuada, sin apego a lo que señala la literatura médica especializada en criterios de intubación mecánica invasiva en pacientes con COVID-19,¹⁹ vulnerando así el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V.

50. El 15 de mayo de 2021, a las 13:30 horas, V fue valorado por AR4. De la información que dicha persona servidora pública hizo constar con motivo de tal valoración, este Organismo Nacional advirtió que, hasta ese momento, V no había sido examinado aún por el servicio de Neurología y Neumología, a pesar de la necesidad y relevancia de tales valoraciones; a pesar de lo cual, AR4 tampoco realizó las solicitudes correspondientes; igualmente, se advirtió que no dio seguimiento y continuidad a la solicitud de electroencefalograma y a las pruebas de SARS-COV-2, panel viral y VIH solicitadas como complemento del abordaje diagnóstico, y que tampoco solicitó resonancia magnética a pesar de que existía el antecedente de dos tomografías de cráneo de V reportadas sin alteraciones.

¹⁹ “La indicación de la ventilación mecánica en el paciente con COVID19 es la falla respiratoria, falla que podría resultar después de haber fracasado otras medidas de soporte descritas anteriormente como oxigenoterapia convencional. Se debe considerar la ventilación invasiva cuando el paciente presenta deterioro en: Oxigenación PaO2/FIO2 < 200, Deterioro Neurológico, Acidosis PH < 7. 35, Aumento del trabajo respiratorio con signos de dificultad respiratoria que no mejoran, Manejo inadecuado de la vía aérea (no protege vía aérea o secreciones copiosas)”.

51. En atención a lo expuesto, se acredita que AR4 omitió realizar un abordaje médico diagnóstico completo y dar seguimiento y continuidad a los laboratoriales y gabinetes solicitados previamente, con lo que vulneró el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V.

52. Cabe precisar que, en la Opinión médica emitida por personal especializado de esta Comisión Nacional, consta que a 2 días de su ingreso, V no había sido valorado por el servicio de Neurología, tal y como lo señaló VI1 en su escrito de queja, en los términos siguientes: *“Para el día sábado 15 de Mayo del presente año 2021 nos informan que es necesario que un especialista neurólogo, lo valore; sin embargo nos realizan el comentario de que por el momento se encuentra de vacaciones, es el único neurólogo en la unidad hospitalaria...”*.

53. Ahora bien, en la Opinión médica emitida por especialistas de este Organismo Nacional consta que, AR5 en la Nota de evolución jornada acumulada del servicio de Medicina Interna, de fecha 16 de mayo de 2021, a las 18:16 horas, diagnosticó a V con estatus epiléptico,²⁰ neumonía atípica de la comunidad, síndrome séptico y probable encefalitis viral, elevación de la frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto y de frecuencia respiratoria con 22 respiraciones por minuto, así como de temperatura a 37.5°C.

54. No obstante lo anterior, en la nota médica de referencia, AR5 no señaló el plan de abordaje médico que realizó en atención al diagnóstico presuntivo que emitió como fue el estatus epiléptico, ya que no proporcionó características clínicas de las crisis epilépticas -tipo y duración de las crisis, así como del periodo en que las presentó,

²⁰ CNDH. Opinión médico especializada. La define como “una crisis epiléptica generalizada que dura cinco o más minutos, o la presencia de dos o más crisis sin recuperación de la consciencia un periodo de 30 minutos, o una crisis focal que persiste durante más de 10 minutos o con alteración de la consciencia durante 60 minutos o más de duración.”

con/sin pérdida de la consciencia-; y si bien el servicio de Enfermería reportó en el día dos eventos convulsivos, éste no especificó tampoco características de los mismos y duración.

55. Lo anterior adquiere relevancia al considerar que, de acuerdo a la Opinión médica emitida por personal especializado de este Organismo Nacional, como parte del manejo del estatus epiléptico se requiere de un estudio de electroencefalograma, resonancia magnética e incluso la valoración por Neurología que, cabe destacar, hasta ese momento tampoco se había realizado. Con lo anterior, esta Comisión Nacional concluye que AR5 no realizó un abordaje diagnóstico, ni manejo completo al estatus epiléptico, únicamente solicitó referir al paciente a la Terapia Intensiva; del mismo modo, se advierte que tampoco dio continuidad al abordaje diagnóstico de encefalitis viral.

56. En mérito de lo expuesto, en el presente caso se cuentan con elementos que acreditan que AR5 incurrió en una atención médica inadecuada en agravio de V, ya que carecía de fundamento clínico, tampoco dio un plan de abordaje diagnóstico ni terapéutico para los diagnósticos presuntivos que estableció; con lo cual inobservó lo que señala la literatura médica especializada en estatus epiléptico,²¹ así como la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento oportuno del Estado Epiléptico en el primer y segundo nivel de atención.*²²

²¹ "Hoy en día se recomienda la realización de EEG continuo (EEGc) o MVEEG para una mejor evaluación de tipo de estatus epiléptico, su duración y respuesta al tratamiento".

²² "El tratamiento del estado epiléptico deberá iniciarse como el de toda condición grave que pone en peligro la vida del enfermo; ABC: evaluación y control de la vía aérea y las funciones ventilatoria y cardiovascular. Suplemento de oxígeno y control gasométrico, EKG y monitoreo de la tensión arterial. Balance de líquidos con soluciones normales, Balances neutros, inicialmente. Solución glucosada, si se sospecha de hipoglucemia, más tiamina, 250 mg. Posición semifowler. Exámenes de laboratorio básicos, niveles séricos de antiepilépticos y pruebas de funcionamiento renal y hepático. Perfil toxicológico si se considera necesario. El 18% de los casos con tratamiento epiléptico tenían niveles séricos subterapéuticos, cuando desarrollaron el estado epiléptico".

57. El 19 de mayo de 2021, V fue valorado por PSP12 quien como parte del plan terapéutico solicitó repetir punción lumbar, toda vez que el citológico y citoquímico realizado el 13 de mayo de 2021 no presentó datos de inflamación o infección, por lo que indicó que en ese momento no había datos de neuroinfección, lo anterior en concordancia con lo que prevé la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, tratamiento y prevención de la meningitis aguda bacteriana adquirida en la comunidad en pacientes adultos inmunocompetentes* que señala: *“En aquellos pacientes que a pesar de tratamiento antimicrobiano y complementario adecuados, no responden de manera satisfactoria, está justificada una nueva punción lumbar para análisis de líquido cefalorraquídeo que incluyan estudios especiales para el diagnóstico diferencial. Se deberá recomendar realizar una nueva punción lumbar (si no hay contraindicaciones) y análisis de LCR (que incluyan estudios especiales) en los pacientes que no responden satisfactoriamente después de 48 horas de un manejo antimicrobiano y complementarios adecuados”*.

58. Destaca que hasta el 19 de mayo de 2021, es decir a 6 días del ingreso de V, aún no había sido valorado por el servicio de Neurología, omisión que VI1 precisó en el escrito de queja que presentó en esta Comisión Nacional, en los términos siguientes: *“Para el día sábado 15 de mayo del presente año 2021 nos informan que es necesario que un especialista neurólogo lo valore; sin embargo nos realizan el comentario de que por el momento se encuentra de vacaciones, es el único neurólogo en la unidad hospitalaria y tendremos que esperar hasta el día lunes 17 de mayo 2021 o martes 18 de mayo 2021”*.

59. Este Organismo Nacional advierte que, debido a la gravedad del padecimiento de V, la falta de certeza diagnóstica y de conducta terapéutica, era necesaria la valoración por el servicio de Neurología; la cual pudo haber sido realizada en un hospital de tercer nivel o subrogar la atención de V, por lo que tal omisión, de naturaleza

administrativa, evidencia el incumpliendo en que incurrió tanto el personal de salud, como el administrativo encargado de realizar dicho trámite o gestión, por incumplimiento a lo dispuesto en los artículos 48 y 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica.²³

60. En atención a lo expuesto, este Organismo Nacional cuenta con elementos para acreditar que las personas servidoras públicas señaladas violentaron el derecho a la protección a la salud en agravio de V, toda vez que la falta de valoración oportuna de V incidió en un detrimento en la calidad de la atención médica que el IMSS le proporcionó como derechohabiente. En efecto, tal y como ha sido expuesto en párrafos precedentes, la omisión en que incurrió el personal médico respecto a la oportuna canalización de V para su valoración por un especialista en Neurología, provocó un deterioro en la evolución natural de su enfermedad, al no contarse con un diagnóstico certero y por consiguiente un adecuado y oportuno manejo terapéutico.

61. Ahora bien, el 19 de mayo de 2021, a las 21:00 horas, AR8 valoró a V, describiéndolo con los diagnósticos de estatus epiléptico superrefractario,²⁴ neumonía adquirida de la comunidad, desequilibrio ácido base con alcalosis respiratoria, entre otros, por lo que lo que inició manejo a coma inducido por fármacos.

62. El 20 de mayo de 2021, V fue examinado por AR7 quien refirió que V continuó con estatus epiléptico superrefractario, y que presentó nueva crisis a las 11:00 horas de ese día. Cabe señalar que el servicio de Enfermería reportó presencia de eventos

²³ **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículo “Artículo 74.-** Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.”

²⁴ De acuerdo a la opinión médica especializada emitida por la CNDH, el estatus epiléptico superrefractario se define como el que continúa o recurre en 24 horas o más, una vez que se inició la anestesia, durante el retiro de esta o una vez que esta se retiró por completo

convulsivos a las 08:20, 08:50 y 10:20 horas, por lo que AR7 realizó un ajusté de dosis de tiopental (barbiturico), y anticonvulsivantes y señaló que ante tal situación, V no se encontraba en condiciones para ser trasladado a un tercer nivel para realizarle resonancia magnética. Igualmente, destaca que AR7 contó con el resultado de cultivo de secreción bronquial preliminar positivo a *Acinetobacter baumani*,²⁵ con antibiograma en proceso para normar conducta terapéutica.

63. En misma fecha, 20 de mayo de 2021, a las 20:10 horas, AR8 mencionó resultado de radiografía de tórax, así como resultados de química sanguínea, entre otros, de los cuales se advertía que V presentaba una falla o daño a nivel hepático, persistencia de proceso infeccioso y alteración en la coagulación; por lo que, con los resultados de antibiograma, AR8 inició manejo antibiótico con relación al resultado positivo a *Acinetobacter baumani* a base de aminoglucósido (gentamicina) y piperaciclina/tazobactam, por no contar en esa unidad con ampicilina/sulbactam. En ese tenor AR8, refirió a V en estado crítico con riesgo alto de complicaciones, choque séptico, muerte cerebral y muerte, informando a su familia el estado de salud, diagnóstico y pronóstico.

64. El 21 de mayo de 2021, V fue valorado por AR6, AR7 y AR8 en los turnos matutino, vespertino y nocturno de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, quienes señalaron que V permaneció en coma inducido por fármacos por hasta 72 horas con posterior retiro paulatino. Del Registro de Enfermería se advierte que no se reportaron eventos de crisis convulsivas durante el día. Asimismo, en la Nota de Evolución Nocturna de la UCI, de fecha 22 de mayo de 2021, a las 02:25 horas, consta que AR9

²⁵ CNDH. Opinión médico especializada. Bacteria de origen intrahospitalario. "No es un microorganismo ubicuo y no se observa con frecuencia en la naturaleza, ni como colonizador en la comunidad. Por el contrario, esta bacteria coloniza e infecta pacientes hospitalizados en estado crítico o francamente debilitados por sus comorbilidades, siendo una bacteria común en unidades de cuidado intensivo y unidades de quemados. Adicionalmente a su alta capacidad para desarrollar resistencia a los antibióticos, hace de esta genoespecie un agente causal de diversas infecciones intrahospitalarias y elevadas tasas de mortalidad".

diagnosticó a V con Estado Epiléptico Superrefractario, Neumonía Adquirida de la comunidad, y sin evento convulsivo hasta ese momento.

65. Cabe señalar que, de acuerdo a la Opinión médica emitida por personal especializado de este Organismo Nacional, considerando que la presencia de crisis convulsivas y más en grado de estatus epiléptico refractario, se cataloga como una contraindicación relativa para realizar una punción lumbar, y que al 21 y 22 de mayo de 2021, V no presentó eventos de crisis convulsivas, es decir, que el cuadro convulsivo estaba controlado y no existían otras condiciones que hubieran constituido contraindicaciones para realizar la punción lumbar que había sido solicitada por PSP12 desde el 19 de mayo de 2021, no se advierten las razones por las cuales AR6, AR7, AR8 y AR9 de la UCIA omitieron dar continuidad y seguimiento al estudio solicitado por el neurólogo.

66. Lo anterior por mayoría de razón al tener en cuenta que en la punción anterior, realizada el 13 de mayo de 2021, V no presentó datos de inflamación o meningitis, y tampoco se determinó que el paciente cursara con hipertensión intracraneal lo que se considera una contraindicación absoluta para poder realizar la punción lumbar, por lo que, si bien es cierto que AR6, AR7, AR8 y AR9 continuaron con el manejo médico adecuado con relación al estatus epiléptico, también lo es que omitieron dar seguimiento a la punción lumbar que fue solicitada por el neurólogo, a pesar de que durante ese día, V no había presentado crisis convulsivas; con lo que inobservaron lo que señala la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, tratamiento y prevención de la meningitis aguda bacteriana adquirida en la comunidad en pacientes adultos inmunocompetentes*,²⁶ lo que constituye una vulneración al derecho humano a la

²⁶ “Las contraindicaciones relativas incluyen sepsis o hipotensión (presión sistólica <100 mmHg, presión diastólica <60 mmHg): el paciente debe ser reanimado de manera satisfactoria; alteraciones de la coagulación (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia <50,000/mm³, uso terapéutico de warfarina): se debe realizar la corrección adecuada de la coagulación, presencia de déficit neurológico focal, especialmente cuando se sospecha lesión de la

protección de la salud en agravio de V.

67. Ahora bien, el mismo día, 22 de mayo de 2021, a las 20:30 horas, PSP1 describió en la Nota de evolución de Jornada Acumulada de Cuidados Intensivos que, a nivel neurológico, V continuó con estatus epiléptico superrefractario en coma barbitúrico el que se continuaría con esquema hasta por 72 horas, manejo sugerido por Neurología; sin que pase desapercibido para este Organismo Nacional que dicho manejo inició a partir del día 19 de mayo de 2021, es decir, ya contaba en ese momento con el periodo de 72 horas. V presentó nuevo evento convulsivo ese día a las 11:00 horas, por lo que PSP1 agregó que V se encontraba en condiciones para ser trasladado a un tercer nivel, toda vez que requería de tiopental²⁷ y en el HGR-196 no contaban con los recursos necesarios para continuar con su tratamiento.

68. Adicionalmente, PSP1 precisó que en la misma fecha se obtuvo la autorización del traslado solicitado, con folio de aceptación en admisión continua al CMN “La Raza” del IMSS en la Ciudad de México, precisando que dicho traslado también se solicitó con el objeto de que V fuera valorado por el servicio de Neurología de tercer nivel, toda vez que en el HGR-196 no contaban en esos momentos con dicha especialidad para normar conducta terapéutica y realizarle resonancia magnética como protocolo de estudio.

fosa posterior, escala de coma de Glasgow 8 **y crisis convulsivas**. No se recomienda la realización de la punción lumbar en pacientes con contraindicaciones absolutas; así como **en los casos de contraindicaciones relativas deberá primero implementar las medidas terapéuticas apropiadas y corregirlas antes de la punción lumbar**”. “Se deberá recomendar realizar una nueva punción lumbar (si no hay contraindicaciones) y análisis de LCR (que incluyan estudios especiales) en los pacientes que no responden satisfactoriamente después de 48 horas de un manejo antimicrobiano y complementarios adecuados”.

²⁷ Barbitúrico anestésico

A.1.2. Atención medida brindada en el CMN “La Raza”.

69. El 23 de mayo de 2021, a las 01:28 horas, V ingresó al CMN “La Raza”, donde fue examinado por PSP2 quien, en la Nota de Triage e Inicial del Servicio de Urgencias, refirió que V arribó al triage a la 01:28 horas, sin especificar el diagnóstico, con signos vitales dentro de parámetros normales, a excepción de la tensión arterial en disminución en 83/51 y le otorgó un nivel de gravedad amarillo.

70. La atención médica inicial de urgencias fue proporcionada a la 01:31 horas por la misma médico, quien señaló que V fue referido del HGR-196 del IMSS, en Ecatepec de Morelos, Estado de México, para valoración por el diagnóstico de estatus epiléptico refractario, describió en la nota los antecedentes, padecimiento actual y el manejo médico otorgado a V en el HGR-196 del IMSS, además de señalar que fue enviado a esa unidad para ser valorado por la UCI; comentó que acudió sin estudios de laboratorio ni de imagen, ya que el disco compacto que entregó el médico de traslado pertenecía a otra paciente. Estableció como impresión diagnóstica: Estatus epiléptico refractario y neumonía adquirida en la comunidad.

71. PSP2 reportó a V con un pronóstico reservado, con alto riesgo de complicaciones, incluso de perder la vida durante su estancia hospitalaria, de lo cual informó a su familia. Cabe señalar que PSP2 suspendió la gentamicina y piperaciclina, debido a que al ingreso de V al CMN “La Raza”, el personal médico que lo recibió no tuvo conocimiento de que V cursaba una infección por *Acinetobacter Baumannii*; ya que no se entregaron los resultados de laboratorio; la falta de conocimiento de los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete condicionó un retraso en la complementación diagnóstica y el manejo médico que a su vez contribuyó al deterioro de la salud de V, lo cual es atribuible a la UCI del HGR-196 del IMSS, debido a ello se considera que dicho nosocomio incurrió en una conducta médica inadecuada al no

apegarse a lo que señala el artículo 111- A de la Ley del Seguro Social; 7 y 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, y con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-201 2, del Expediente Clínico, numerales 6.4; 6.4.1; 6.4.2; 6.4,3; 6.4.3.1; 6.4.3.2; 6.4.3.3.

72. En la misma fecha, 23 de mayo de 2021, a las 4:43 horas, V fue valorado por PSP3 quien diagnosticó estatus epiléptico suprarrefractario,²⁸ hemodinámicamente inestable en choque séptico, con alteración metabólica por acidosis respiratoria²⁹ y desequilibrio electrolítico, estableciendo que en ese momento era prioritario el manejo ventilatorio, hemodinámico, metabólico para prevenir secuelas a corto y largo plazo a fin de disminuir morbimortalidad, destacando que V requería manejo en la UCI, e indicó el plan terapéutico correspondiente, además de solicitar diversos estudios entre los que destaca la punción lumbar con cultivos del mismo.

73. El mismo 23 de mayo de 2021, a las 16:44 horas, en la nota de valoración e Ingreso en la UCI, AR10 señaló que debido a que no se contó con el reporte realizado en el HGR-196 del IMSS, se ingresó a V a fin de valorarlo, para continuar con sedación profunda, manejo de eventos convulsivos y continuar con protocolo de estudio, así como con solicitud de electroencefalograma, entre otros; estableciendo el diagnóstico de estatus epiléptico refractario, choque séptico de punto de partida pulmonar secundario a neumonía asociada a la ventilación mecánica, acidosis respiratoria, con lo que reportó a V con un pronóstico malo para la vida y la función.

²⁸ De acuerdo a la opinión médica especializada emitida por la CNDH, el suprerrefractario se define como el que continúa o recurre en 24 horas o más, una vez que se inició la anestesia, durante el retiro de esta o una vez que ésta se retiró por completo.

²⁹ Cuando los pulmones no pueden eliminar el exceso de dióxido de carbono producido por el cuerpo y se pueden presentar como contraindicaciones mioclónicas.

74. El 24 de mayo de 2021, a las 20:29 horas, V fue valorado nuevamente por AR10 quien señaló a V sin cambios y sin presencia de crisis convulsivas. Cabe destacar que los especialistas de este Organismo Nacional hicieron constar en la Opinión médica emitida con motivo del caso, que del análisis del expediente clínico de V proporcionado por esa autoridad, se advierte que no constan notas médicas de evolución de turno matutino y vespertino, no obstante, de la Hoja de registro de Enfermería correspondiente al día 24 de mayo de 2021, se identificó que V no presentó eventos convulsivos durante todo el día, sin embargo, no se refirió que se hubiera realizado la punción lumbar y resonancia magnética que habían sido previamente solicitados por el especialista en Neurología a fin de completar abordaje diagnóstico y normar conducta terapéutica a seguir en el caso de V.

75. Por lo anterior, este Organismo Nacional advierte que, si bien es cierto que AR10 y AR11 continuaron dando el manejo médico adecuado a V con relación al estatus epiléptico y de choque, también lo es que omitieron dar continuidad y seguimiento a los estudios solicitados por el neurólogo -punción lumbar y resonancia magnética-, con lo cual conculcaron el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, por inobservancia de lo que señala la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, tratamiento y prevención de la meningitis aguda bacteriana adquirida en la comunidad en pacientes adultos inmunocompetentes*; lo anterior, tomando en cuenta que el especialista en Neurología, en fecha 23 de mayo de 2021, solicitó realizar tales estudios, cursando V en estatus epiléptico suprarrefractario y que durante ese día no había presentado crisis convulsivas.

76. El 25 de mayo de 2021, PSP14 hizo constar en la Nota Médica de Evolución Turno Matutino de la UCI que por encefalograma continuo se evidenció actividad convulsiva, además de identificar datos sugestivos de hipertensión intracraneana en atención al resultado de la medición del diámetro de la vaina del nervio óptico, lo cual

acorde a lo establecido en la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, tratamiento y prevención de la meningitis aguda bacteriana adquirida en la comunidad en pacientes adultos inmunocompetentes* constituye una contraindicación absoluta para realizar una punción lumbar.³⁰

77. El 26 de mayo de 2021, a las 12:58 horas, V fue valorado nuevamente por PSP14 quien señaló que de acuerdo al resultado del encefalograma continuó con actividad eléctrica generalizada.

78. El 27 de mayo de 2021, V fue valorado por AR12 y el 28 de mayo de esa anualidad, a las 20:29 horas, por AR13, quienes, de acuerdo a la Opinión médica emitida por especialistas de este Organismo Nacional, en sus respectivas valoraciones se concentraron únicamente en el manejo del estado epiléptico, desestimando determinar y tratar la etiología del mismo, sin establecer una complementación del abordaje diagnóstico para normar una conducta a seguir.

79. Si bien es cierto que AR12 y AR13 agregaron una infección nosocomial por una neumonía asociada a ventilación mecánica por *Acinetobacter Baumannii*, misma que hasta ese momento no respondía al manejo antimicrobiano, no se dio continuidad al protocolo diagnóstico para descartar una infección del sistema nervioso central, tampoco se realizó una nueva punción lumbar, con citoquímico, citológico, tinción de Gram, estudios ampliados de proteína C reactiva para otros virus, reacción en cadena de la polimerasa (RCP), y tampoco se realizó resonancia magnética ante el antecedente de tomografías de cráneo negativas y el dato reportado de hipertensión

³⁰ “Las **contraindicaciones absolutas para realizar una punción lumbar** son la presencia de signos de **incremento de la presión intracraneana** (papiledema, posición de descerebración), infección local en el sitio de inserción de la aguja, evidencia de hidrocefalia obstructiva, edema cerebral o herniación cerebral evidenciada por tomografía de cráneo, o resonancia magnética)”.

intracraneana por parte de los especialistas en medicina crítica.

80. Por lo anterior, de acuerdo a la Opinión médica emitida por especialistas de este Organismo Nacional, la atención proporcionada por AR12 y AR13 fue inadecuada, toda vez que inobservaron lo dispuesto en la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento oportuno del Estado Epiléptico*;³¹ así como en la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, tratamiento y prevención de la meningitis aguda bacteriana adquirida en la comunidad en pacientes adultos inmunocompetentes* y a la literatura médica especializada en *Infecciones del Sistema Nervioso Central, parte 1: Meningitis, Encefalitis*.³²

81. El 29 de mayo de 2021, a la 01:08 horas, V fue valorado por PSP5, quien refirió que, en el turno previo, V presentó crisis convulsivas por lo que reinició tratamiento sedante con propofol e inducción a coma con tiopental. En la misma fecha, en el turno verpertino, V fue examinado por PSP6 quien señaló que el pronóstico de V era desfavorable y las secuelas neurológicas muy probables, así como alta probabilidad de muerte, lo que informo a sus familiares. A las 19:34 horas fue valorado nuevamente por PSP6 quien, con base en los resultados de los exámenes paraclínicos, advirtió una falla multiorgánica y señaló que durante ese turno V presentó dos convulsiones parciales.

³¹ “Los objetivos del tratamiento son: Terminar con la actividad convulsiva. Prevenir recurrencias. Tratar la etiología. Manejo de las complicaciones. Evitar secuelas”.

³² “El área de la neuroinfectología es un campo sometido a constantes cambios debido a los avances en microbiología, análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) y el uso de nuevas técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR por sus siglas en inglés). A pesar de las grandes avances continúa siendo un reto para el clínico de primer contacto y las diferentes especialidades involucradas neurología, infectología, medicina interna y medicina de urgencias; ya que identificar el agente etiológico de forma inicial no es sencillo y las presentaciones clínicas de una misma enfermedad son extremadamente variables”.

82. El 30 de mayo de 2021, a las 00:35 horas, PSP4 señaló que ante el antecedente de seis eventos de crisis convulsivas y evidencia en exámenes paraclínicos de hipofosfatemia, se agregaron al manejo de V otros medicamentos, entre éstos fosfato de potasio, sin embargo, no se contaba con dicha sustancia en la Unidad, omisión que es atribuible a la unidad médica encargada de proporcionar los medicamentos necesarios para el tratamiento de V, con lo que se incumplió con lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley General de Salud, 26 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica y 3 del Reglamento de prestaciones Médicas del IMSS.

83. El 30 de mayo de 2021, a las 12:37 horas, se continuó el seguimiento de V en la Unidad de Cuidados Intensivos, en donde fue valorado por PSP7, quien señaló a V con los diagnósticos de estado epiléptico super-refractario, neumonía asociada a ventilación mecánica, insuficiencia respiratoria aguda tipo 1, desequilibrio hidroelectrolítico: hipercloremia; inició con manejo con antiviral (aciclovir) ante la presencia de lesiones dérmicas y agregó que tampoco se descartaba que cursara con encefalitis viral. Se realizó medición del diámetro de la vaina del nervio óptico, así como Doppler transcraneal ambos con datos de hipertensión intracraneana, sin criterios para realizar punción lumbar. Cabe señalar que consta que se solicitó tomografía, pero se difirió por inestabilidad de V.

84. En ese tenor, el personal médico especializado de este Organismo Nacional advirtió que al realizar a V nuevamente medición de vaina del nervio óptico se reportaron datos sugestivos de persistencia de hipertensión intracraneana, misma que fue confirmada al realizarle Doppler transcraneal, condición que se considera una contraindicación absoluta para realizar en ese momento una punción lumbar y dada la inestabilidad que presentaba V se suspendió la realización de la tomografía de cráneo, observando con ello un franco deterioro hemodinámico, neurológico

respiratorio y metabólico con datos de choque séptico.

85. El 30 de mayo, a las 18:52 horas, V fue valorado por PSP17, advirtiendo a partir de los resultados de exámenes de laboratorio de esa misma fecha que V cursaba con datos de choque séptico con falla multiorgánica con deterioro importante de la función respiratoria, por lo que reportó a V grave.

86. El 31 de mayo de 2021, V fue valorado por PSP7 y PSP8 quienes realizaron nuevamente medición de la vaina del nervio óptico advirtiendo datos de hipertensión intracraneana, por lo que nuevamente se difirió el procedimiento; además se precisó que V cursó con datos de choque séptico con falla multiorgánica con deterioro importante de la función respiratoria.

87. El 31 de mayo de 2027, a las 18:00 horas, V fue examinado por PMR2 médico residente de segundo grado de Cirugía General, lo que contraviene la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, además de implicar la inobservancia de la *Norma Oficial Mexicana NOM-0071-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en el apartado 11.4*, toda vez que la valoración médica fue realizada por médico residente de cirugía general sin la supervisión y/o asesoría del médico adscrito de la unidad de cuidados intensivos.

88. PMR2 señaló a V con mala evolución, bajo sedación profunda, en coma barbitúrico y anticonvulsivos a dosis plena, hemodinámicamente con apoyo de vasopresor con lo que mantiene presión arterial media perfusoria de 76 mmHg, en ese momento con apoyo ventilatorio mecánico en parámetros de protección pulmonar con saturación de 75%, glucosa normal, sin cambios en el manejo antibiótico, sin embargo, continuó con fiebre de difícil control por lo que agregó naproxeno, paracetamol y metamizol.

89. De acuerdo a la Opinión médico especializada emitida por este Organismo Nacional, PMR2 reportó resultado de laboratorio de prueba serológica de fecha 31 de mayo de 2021, en el que, cabe señalar, no consta nombre del médico que la solicitó, con resultado positivo a citomegalovirus; lo que significa que, en algún momento de su vida, V tuvo una infección por citomegalovirus. Sin embargo, PMR2 no hizo referencia alguna en la nota médica respecto al resultado de esta prueba, ni solicitó otras pruebas como cultivo PCR para citomegalovirus, antígeno pp65 a fin de confirmar o descartar la infección por este virus. Tales omisiones y el impacto de estas en el derecho humano a la protección de la salud de V, son atribuibles al IMSS en atención a que, tal y como ha sido expuesto en el cuerpo de la presente Recomendación, los médicos residentes deben contar con la supervisión y asesoría del médico adscrito, lo que no ocurrió en el caso concreto, por lo que la omisión en que incurrió PMR2 es atribuible a la autoridad y es constitutiva de responsabilidad institucional, ya que el IMSS dejó de observar las normas que regulan lo atiente al proceso de educación, capacitación y supervisión de médicos residentes.

90. Igualmente, el personal especializado de este Organismo Nacional destacó que el perfil de TORCH (Toxoplasma gondii, Rubéola, Citomegalovirus, y Herpes virus) no fue solicitado anteriormente; por lo que no existen datos con que comparar el resultado. Al respecto, destaca que la literatura médica especializada al tema menciona que: *“...El diagnóstico serológico se basa en la demostración de una seroconversión simultanea o un cambio serológico importante (cuádruplo o mayor) que refuerza la relación causal del virus y el trastorno clínico. Para el diagnóstico de infección reciente o primoinfección, es necesario la seroconversión con aparición de anticuerpos IgM anti-CMV, un incremento de cuatro veces o más del título de IgG preexistente o la detección del virus mediante cultivos o técnicas de biología molecular en pacientes previamente no infectados”.*

91. Dicho resultado positivo de infección activa por citomegalovirus, pasó inadvertido por los médicos del servicio de la UCI (AR14) y por ende tampoco se inició tratamiento médico al respecto, lo que pudo haber disminuido la infección y en consecuencia el deterioro clínico del paciente que evolucionó a la muerte.

92. Aunado a lo anterior, no pasa desapercibido para este Organismo Nacional que V fue valorado por el servicio de Cirugía General, cuando se encontraba a cargo del servicio de la UCI. En atención a lo expuesto, se advierte que AR14 incurrieron en una atención médica inadecuada con lo que vulneraron el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, al haber inobservado lo que señala la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, y la literatura médica especializada en citomegalovirus, debido a que el cuadro clínico que presentó V es concordante con el que se presenta por una infección por citomegalovirus, de acuerdo a la literatura especializada en el tema.³³

93. Adicionalmente, el personal especializado de este Organismo Nacional advirtió que la prueba de TORCH (Toxoplasma gondii, Rubéola, Citomegalovirus, y Herpes

³³ *“...En varias series se han descrito las principales manifestaciones clínicas de esta entidad. Fiebre alta, prolongada, adenomegalias principalmente cervicales, faringitis, esplenomegalia y hepatitis, así como leucocitosis con linfocitosis y linfocitos atípicos son los hallazgos clínicos más frecuentes. La edad de presentación es fundamentalmente en jóvenes, no obstante, puede ser observado en algunos pacientes mayores de 50 años. Es más frecuente en hombres que en mujeres y llama la atención la duración del cuadro clínico, que en algunas ocasiones puede ser mayor a 20 semanas. La hepatitis con predominio de colestasis es un hallazgo común...Las infecciones de CMV son mucho más graves en hospederos inmunocomprometidos y presentan más complicaciones. Los síntomas son similares a los hospederos normales, a diferencia de la gravedad de la hepatitis subclínica, la cual cursa con hepato-esplenomegalia de moderada a severa e ictericia moderada. Se comprueba alteración de las pruebas de función hepática con notable aumento de transaminasas y fosfatasa alcalina, a veces con aumento de bilirrubina indirecta mayor que el hospedero normal. Se presentan además adenomegalias de mayor tamaño. La fiebre en este grupo de población es persistente debido a la frecuente viremia, producida por la replicación descontrolada del virus”.*

virus) en ningún momento previo fue solicitada, así como otros paneles virales específicos para meningoencefalitis, exámenes con base en la frecuencia de los virus generadores de esta patología, prueba que resulta positiva para citomegalovirus y que de haber sido detectado con anterioridad y tratado farmacológicamente, pudo haber disminuido la infección y, por ende, el deterioro clínico de V que evolucionó a la muerte.

94. En el mismo sentido se advierte que, el agraviado estuvo bajo tratamiento antiviral con aciclovir, el cual de acuerdo a la literatura médica no tiene buena respuesta a este virus, además de que se agregó al cuadro clínico una infección nosocomial, neumonía asociada a ventilación mecánica por *Acinetobacter Baumannii*, lo que deterioró aún más la salud de V evolucionando a la muerte, sin que se haya realizado un adecuado y completo abordaje medico diagnóstico con la finalidad de integrar un diagnóstico certero, causa del estatus epiléptico y poder normar conducta terapéutica a seguir.

95. Finalmente, en Nota de Egreso por Defunción de fecha 1 de junio de 2021 suscrita por PSP5 consta el siguiente diagnóstico: "*Estado epiléptico super refractario de 13 días, Neumonía asociada a la ventilación mecánica 4 días y choque séptico de 4 días*".

96. Cabe señalar que el personal médico especializado de este Organismo Nacional advirtió que no consta en el expediente clínico de V, cuya copia fue proporcionada por la autoridad, la Nota de evolución del turno matutino de fecha 1 de junio de 2021, donde se describa evolución de V y manejo del mismo, sin embargo, obra resultado de estudio citoquímico y citológico de líquido cefalorraquídeo de fecha 1 de junio de 2021, el cual reportó elevación de cloro y de deshidrogenasa láctica marcador inespecífico de proceso inflamatorio.

97. Lo anterior, únicamente fue descrito en el registro Clínico, Esquema terapéutico e intervenciones de Enfermería; donde se señaló que el servicio de Enfermería asistió al paciente durante el procedimiento de punción lumbar, además refiere que el paciente cursó durante la realización de la misma con elevación de la frecuencia cardiaca de 140 latidos por minuto (normal 60-100 latidos por minuto) y desaturación de oxígeno de 75% (normal 95%).

98. De lo anterior se acredita que los médicos responsables de la atención de V en el turno matutino inobservaron la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3- 2012, del Expediente Clínico.

99. En mérito de lo expuesto, el personal especializado de este Organismo Nacional advirtió que se desconocía bajo que indicación fue realizado el procedimiento de punción lumbar, toda vez que en notas previas se registró que V cursó con datos de hipertensión intracraneal, condición que era una contraindicación para realizarla.

100. Por lo antes expuesto, del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14 incumplieron en el ejercicio de sus funciones con lo dispuesto en los artículos 32, 33, fracción II y 51 de la Ley General de Salud, en concordancia con los artículos 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud, en los que se establece que la *“atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”*, entendiéndose por ésta: *“el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”*, ya que los usuarios tienen derecho a *“obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y recibir atención profesional y éticamente responsable”*; así como un diagnóstico temprano que permita proporcionar un tratamiento oportuno, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones

expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V.

A.2. Personas médico residentes.

101. PMR1 omitió solicitar la valoración del especialista de Neumología a fin de contar con la información necesaria para normar conducta a seguir en el caso de V, a pesar de que se había señalado que el cuadro neurológico que presentaba el agraviado se encontraba asociado a una neumonía de origen probablemente bacteriano; además, PMR1 omitió hacer constar en la nota médica de ingreso y en la hoja de indicaciones médicas la precisión de que V requería monitoreo continuo debido a su condición clínica y metabólica, toda vez que era un paciente reportado en las notas médicas previas con grave riesgo de deterioro y de manejo avanzado de la vía aérea.

102. Aunado a lo anterior, PMR1 tampoco solicitó la prueba de PCR SARS-COV 2, ni de determinaciones serológicas de anticuerpos, PCR (proteína C reactiva) y de líquido cefalorraquídeo, hemocultivos, coprocultivos, urocultivos, laboratoriales de importancia, así como resonancia magnética, de manera previa al inicio de la antibioticoterapia, a pesar de la sospecha de encefalitis viral, con la finalidad de determinar la etiología viral.

103. Por su parte, PMR2 no hizo referencia alguna en la nota médica respecto al resultado de la prueba serológica de fecha 31 de mayo de 2021 con resultado positivo a citomegalovirus, ni solicitó otras pruebas como cultivo PCR para citomegalovirus, antígeno pp65 a fin de confirmar o descartar la infección por este virus. En ese sentido, PMR2 ignoró en la prueba de TORCH la positividad para citomegalovirus y por ende no inició el tratamiento médico correspondiente, lo que pudo haber disminuido el proceso infeccioso y, en consecuencia, el deterioro clínico de V que evolucionó a la muerte.

104. En atención a lo expuesto, este Organismo Nacional advierte que PMR1 y PMR2 incurrieron en omisiones consistentes en un insuficiente abordaje médico lo que constituye una vulneración al derecho humano a la protección de la salud en agravio de V. 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 5.7, 9.3.1, 10.3 y 10.5, de la NOM-Para Residencias Médicas, en los que se especifica que si bien las personas médico residentes 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 y/o médico adscrito en un ambiente de respeto, lo cual no aconteció y en el caso de PMR1 y PMR2, lo que incidió en el avance al deterioro de la salud de V que, eventualmente, lo condujo a su fallecimiento.

105. Sin que pase desapercibido para este Organismo Nacional que tales omisiones y el impacto de estas en el derecho humano a la protección de la salud de V, son atribuibles al IMSS y, por lo tanto, constitutivas de responsabilidad institucional, en atención a que, tal y como ha sido expuesto en el cuerpo de la presente Recomendación, los médicos residentes deben contar con la supervisión y asesoría del médico adscrito, lo que no ocurrió en el caso concreto, con lo que el IMSS dejó de observar las normas que regulan lo atiente al proceso de educación, capacitación y supervisión de médicos residentes.

B. Derecho humano a la vida.

106. El derecho a la vida es inherente e irrenunciable a la persona, y una obligación a cargo del Estado consistente en evitar y prevenir cualquier conducta que interfiera, impida o restrinja el ejercicio de ese derecho, ya sea por acción u omisión, por culpa

o dolo de un individuo o autoridad.³⁴ Este derecho se encuentra reconocido en los artículos 1º, párrafo primero y 29 párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1.1 y 4.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 6.1 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos; 1º y 3, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; así como 1º, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

107. En relación con dicho derecho humano, la CrIDH señaló que: *“...no solo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de quienes se encuentren bajo su jurisdicción”*.³⁵

108. En ese tenor, la CrIDH reconoce que el derecho a la vida es un derecho fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de los demás derechos humanos,³⁶ por lo que *“...los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones necesarias para que no se produzcan violaciones de ese derecho”*.³⁷

109. Igualmente, la CrIDH ha señalado que la responsabilidad del Estado puede ser por falta de prevención, protección, y en su caso respeto, por lo que *“...debe verificarse que al momento de los hechos existía una situación de riesgo real e inminente para la*

³⁴ Caso Reverón Trujillo Vs. Venezuela”. Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 30 de junio de 2009, párr. 60. “Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México”. Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010. Serie C No. 216, párr. 218.

³⁵ CrIDH, “Caso Coc Max y otros (Masacre de Xamán) vs. Guatemala”, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 22 de agosto de 2018, párr. 107.

³⁶ CrIDH, “Caso Comunidad Garífuna de Punta Piedra y sus miembros vs. Honduras”, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 8 de octubre de 2015, párr. 262

³⁷ Ídem

vida de un individuo o grupo de individuos determinados, que las autoridades conocían o debían tener conocimiento, y que no adoptaron las medidas necesarias dentro del ámbito de sus atribuciones que, juzgadas razonablemente, podrían esperarse para prevenir o evitar ese riesgo...”.³⁸

110. En el mismo tenor, la SCJN ha establecido 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”.*³⁹

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

111. En el presente caso, las evidencias y consideraciones a través de las cuales se acreditó la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 personal médico del HGR-196, así como AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14 personal médico del CMN “La Raza”, son el mismo soporte que acredita también la violación al derecho humano a la vida en su agravio.

112. Lo anterior en así, en atención a que el conjunto de omisiones en que incurrió el personal médico del HGR-196, y del CMN “La Raza” del IMSS, incidieron en una falta de diagnóstico oportuno y adecuado del padecimiento de V y, en consecuencia, en la falta de determinación de un tratamiento médico idóneo para tratar de manera

³⁸ “Caso Hermanos Landaeta Mejías y otros vs. Venezuela”, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 27 de agosto de 2014, párr. 184.

³⁹ “Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del estado”, Semanario Judicial de la Federación, Enero de 2011, Registro 162169.

eficaz su padecimiento y así evitar la pérdida de la vida de V.

113. Entre dichas omisiones, destaca la falta de descripción y adecuada interpretación clínica de los resultados de laboratorio de V, lo cual incidió en un inadecuado abordaje médico diagnóstico de inicio; aunado a la realización de manera tardía de la prueba de SARS-COV2; así como la ausencia de registro de medidas de aislamiento de contacto con V.

114. Asimismo, destaca la omisión del personal médico en solicitar de manera oportuna las interconsultas para la valoración de V por las especialidades de Neurología y Neumología, a pesar de la existencia de sospecha de una neuroinfección, asociado a un proceso probablemente de origen bacteriano por neumonía, lo que incidió la falta de un diagnóstico certero y, en consecuencia, de un tratamiento adecuado, oportuno e idóneo para V.

115. En el mismo tenor, no obstante la sospecha de proceso viral en V, el personal médico en comento incurrió en la omisión de solicitar otras pruebas de laboratorio como son las de *Toxoplasma gondii*, Rubéola, Citomegalovirus, y Herpes virus, prueba rápida de VIH, así como resonancia magnética y electroencefalograma, con la finalidad de determinar las causas del padecimiento y establecer de manera pronta un tratamiento adecuado; tampoco se advirtió que se hubiera indicado el monitoreo continuo de V, a pesar de la gravedad de su condición; tales omisiones contribuyeron al grave y pronto deterioro de su salud, lo que eventualmente lo condujo a la pérdida de la vida.

116. Igualmente, este Organismo Nacional identificó que, a pesar de la sospecha de encefalitis viral en V, el personal médico omitió solicitar determinaciones serológicas de anticuerpos, PCR y de líquido cefalorraquídeo, hemocultivos, coprocultivos,

urocultivos, laboratoriales de importancia, así como resonancia magnética, necesarias para determinar la etiología viral; tampoco realizó un abordaje diagnóstico, ni manejo completo al estatus epiléptico y; no obstante el deterioro respiratorio de V, omitió requerir una gasometría arterial, que habría sido determinante para valorar el grado de insuficiencia respiratoria que presentaba e incluso la necesidad de intubación orotraqueal con ventilación mecánica invasiva, todo lo cual incidió en la ausencia de un tratamiento adecuado, idóneo y oportuno a su padecimiento, lo que contribuyó al grave deterioro de su salud.

117. Cabe señalar que no pasa desapercibido para este Organismo Nacional que el hecho de que en el HGR-196 no se contara con el servicio de Neurología, no eximía a esa autoridad de la obligación de proporcionar una atención inmediata y especializada a V de acuerdo a su padecimiento, por lo que debió haberlo canalizado a un hospital de tercer nivel o subrogar la atención de V.

118. De igual forma, esta Comisión Nacional identificó que contribuyó al deterioro de la salud de V, el retraso en la complementación diagnóstica y de manejo médico relacionado con la infección por *Acinetobacter Baumannii*, que fue ocasionado por la falta de conocimiento de los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete realizados en el HGR-196, por parte del personal médico del CMN “La Raza”, ya que al momento en que fue trasladado a dicho nosocomio, el personal médico que lo recibió no contó con dicha información, lo que repercutió en que no tuvieron conocimiento inmediato de que a ese momento V cursaba, también, una infección por la citada bacteria cocobacilo.

119. Aunado a lo anterior, este Organismo Nacional identificó que el personal médico del CMN “La Raza” omitió dar continuidad y seguimiento a los estudios solicitados por el neurólogo -punción lumbar y resonancia magnética-; no establecieron una

complementación del abordaje diagnóstico para normar una conducta a seguir; y tampoco dieron continuidad al protocolo diagnóstico para descartar una infección del sistema nervioso central, omisiones que impactaron el estado de salud de V, toda vez que al no haber recibido el diagnóstico y tratamiento oportuno e idóneo acorde a la gravedad de su condición, su salud se deterioró rápidamente.

120. En mérito de lo expuesto, este Organismo Nacional advierte que las omisiones descritas, constituidas primordialmente por la falta de realización oportuna de pruebas específicas, así como de exámenes con base en la frecuencia de los virus generadores de la patología que presentó V, ocasionó que su detección y tratamiento fueran tardíos e inadecuados; debido a lo anterior, el padecimiento de V no fue tratado farmacológicamente de manera inmediata e idónea, lo que produjo un deterioro clínico hasta su fallecimiento.

121. Se afirma lo anterior, en atención a que del caudal probatorio expuesto en el cuerpo de la presente recomendación se acredita que, las omisiones consistentes en no haberse determinado el origen o causa del estatus epiléptico y del síndrome febril que presentó V durante toda su hospitalización por un inadecuado e incompleto abordaje médico diagnóstico, ocasionó el deterioro de su salud y, finalmente, la pérdida de la vida de V, quien de acuerdo a la Nota de Egreso por defunción de 01 de junio de 2021 murió por "Estado epiléptico super refractario de 13 días, neumonía asociada a la ventilación mecánica 4 días y choque séptico de 4 días".

122. Es por ello que, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 del HGR-196, y AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14 del CMN "La Raza", vulneraron en agravio de V, los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto; 29, párrafo segundo, constitucionales; 1, 2,

fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

C. Derecho humano de acceso a la información en materia de salud.

123. Este Organismo Nacional estableció en el Recomendación General 29/2017 que los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia⁴⁰ son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.

124. En esa tesitura, la Norma Oficial Mexicana NOM-004- SSA3-2012, advierte 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, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del

⁴⁰ Conforme al artículo 2, fracción XIII, el Principio de Interdependencia, es aquel que deben observar las autoridades del País y los organismos públicos de derechos humanos en todas sus actuaciones, que todos los derechos humanos están interrelacionados. Esto significa, que unos derechos tienen efectos sobre otros, lo que implica que la transgresión de uno de ellos impacta en el ejercicio y disfrute de otros derechos humanos. Es por ello que, para la realización y disfrute pleno de un derecho humano, sea necesaria la realización de otros, relacionados con el mismo. Los derechos humanos deben interpretarse, tomarse y observarse en su conjunto y no como elementos aislados; esto es, en su aplicación deben complementarse, potenciarse y reforzarse recíprocamente.

mismo.”

125. Las irregularidades descritas en la elaboración del expediente clínico de V, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, tan es así que en diversas Recomendaciones emitidas por esta Institución, se han señalado las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.

126. A pesar de las Recomendaciones emitidas por este Organismo Nacional, el personal médico, en algunos de los casos, persiste en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana “Del expediente clínico”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

127. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la Norma Oficial Mexicana respectiva se cumpla en sus términos, ya que, de lo contrario incumplen con lo dispuesto en los numerales 8, 8.1 y 8.1.3 de la NOM-004-SSA3- 2012, que establecen: *“De las notas médicas en hospitalización, 5.10 todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora...”*.

128. La NOM-004-SSA3-2012, prevé 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 (...) mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la*

atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo (...) los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables (...).⁴¹

129. En ese tenor, las irregularidades en la integración del expediente clínico, representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y el historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporciona en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

130. En la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, la CrIDH, señaló que: “(...) *la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza*”.⁴²

⁴¹ Prefacio y artículo 4.4. de la NOM-004-SSA3-2012

⁴² Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 68.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V.

131. En mérito de lo expuesto, de las evidencias de las cuales se allegó esta Comisión Nacional se advierte que AR3, AR5 y AR7 personal del HGR-196 del IMSS, y AR10 del CMN “La Raza” del IMSS, incurrieron en inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. “*Del Expediente Clínico*” (apartado 5.10), ya que algunas notas médicas de evolución señaladas en el cuerpo de la presente Recomendación carecen de nombres completos, firmas y números de cédulas profesionales.

132. Adicionalmente, se advirtió la inobservancia del apartado 6.2 de la referida Norma Oficial, toda vez, que se observa la ausencia de notas médicas, notas que deben ser elaboradas por el médico cada vez que proporciona atención al paciente, de acuerdo con el estado clínico de éste.

133. En efecto, tal y como se ha señalado en apartados precedentes el personal médico especializado de este Organismo Nacional advirtió que no consta en el expediente clínico de V, cuya copia fue proporcionada por la autoridad, la Nota de evolución del turno matutino de fecha 1 de junio de 2021, donde se describa evolución de V y manejo del mismo, sin embargo, obra resultado de estudio citoquímico y citológico de líquido cefalorraquídeo de fecha 1 de junio de 2021, el cual reportó elevación de cloro y de deshidrogenasa láctica marcador inespecífico de proceso inflamatorio.

134. Lo anterior, únicamente fue descrito en el registro Clínico, Esquema terapéutico e intervenciones de Enfermería; donde se señaló que el servicio de Enfermería asistió al paciente durante el procedimiento de punción lumbar, además refiere que el

paciente cursó durante la realización de la misma con elevación de la frecuencia cardiaca de 140 latidos por minuto (normal 60-100 latidos por minuto) y desaturación de oxígeno de 75% (normal 95%).

135. De lo anterior se acredita que los médicos responsables de la atención de V en el turno matutino inobservaron la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3- 2012, del Expediente Clínico, que entre otras cosas indica: “...6.2 *Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente: 6.2.1 Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas); 6.2.2 Signos vitales, según se considere necesario, 6.2.3 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; 6.2.4 Diagnósticos o problemas clínicos; 6.2.5 Pronóstico; 6.2.6 Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad*” y con la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos en su numeral 5.1.3.⁴³

136. En el mismo sentido, se advirtió la inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, “*Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas*” en el apartado 11.4, toda vez que la valoración médica fue realizada por médicos residentes sin la supervisión y/o asesoría del médico adscrito, no obstante, se precisa que tales inobservancias no tuvieron repercusión en la evolución de la enfermedad de V.

⁴³ “... Todos los procedimientos, exámenes, prescripciones, medicamentos administrados, así como los formatos para el registro de las variables fisiológicas, controles y evaluaciones practicados al paciente, deben ser incorporados en el expediente clínico, conforme lo establece la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.1 de esta norma”.

D. RESPONSABILIDAD

D.1. Responsabilidad de los servidores públicos

137. Este Organismo Nacional cuenta con evidencias suficientes que acreditan que los servidores públicos que a continuación se señalan, y cuyas omisiones han sido referidas en el cuerpo de la presente Recomendación, incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad, eficiencia, responsabilidad, ética profesional, excelencia, imparcialidad, calidez y calidad, en términos de lo dispuesto por los artículos 7, fracciones I, V y VII, y 49, fracción I 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.

138. La atención médica brindada a V en el HGR- 196 “Fidel Velázquez Sánchez” del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Ecatepec de Morelos, Estado de México, fue inadecuada e inoportuna por parte de los médicos que se indican en atención a las siguientes consideraciones:

139. La atención médica brindada el 13 de mayo de 2021 por AR1, AR2 médicos de base de Urgencias Médico Quirúrgicas fue inadecuada al omitir realizar un adecuado, completo y oportuno abordaje médico diagnóstico inicial, solicitar interconsultas a los especialistas en Neurología y Neumología, con la finalidad de integrar un diagnóstico

certero y normar conducta a seguir.

140. La atención médica brindada el día 14 de mayo de 2021 por AR3 y el día 15 de mayo del mismo año otorgada por AR4, ambos médicos internistas, fue inadecuada, al no haber realizado un completo abordaje médico diagnóstico, dar seguimiento y continuidad a los laboratoriales y gabinetes solicitados previamente, solicitar interconsultas a los especialistas en Neurología y Neumología. Además, AR3 desestimó, ante el deterioro respiratorio que presentó el paciente, requerir una gasometría arterial a fin de valorar la necesidad de intubación orotraqueal con ventilación mecánica avanzada.

141. La atención médica brindada el día 16 de mayo de 2021 por AR5, médico internista, fue inadecuada, ya que no señaló el plan de abordaje médico que realizó con relación a los diagnósticos presuntivos que emitió, de igual forma no dio continuidad al abordaje diagnóstico.

142. La atención médica brindada el día 21 de mayo de 2021 por AR6, AR7 y AR8 y el día 22 de mayo de 2021 por AR9, de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, fue inadecuada ya que omitieron dar continuidad y seguimiento al estudio solicitado por el neurólogo, en este caso realizar punción lumbar.

143. Ante la complejidad de la presentación del cuadro clínico no se realizó un adecuado y completo abordaje médico diagnóstico, con la finalidad de integrar un diagnóstico certero y normar una conducta a seguir, la atención se centró en el control de las crisis convulsivas, las cuales cada vez aumentan en frecuencia y duración, sin embargo, se desestimó determinar adecuadamente el foco desencadenante de estas, incumpliendo con lo que establece la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el

Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, el Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de la Enfermedad Respiratoria Viral y el Lineamiento para la atención de pacientes por COVID 19, la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento oportuno del Estado Epiléptico en el primer y segundo nivel de atención y la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, tratamiento y prevención de la meningitis aguda bacteriana adquirida en la comunidad en pacientes adultos inmunocompetentes.

144. En el mismo tenor, la atención médica brindada a V en el CMN “La Raza” del IMSS en la Ciudad de México, fue inadecuada e inoportuna por parte de los médicos que se indican en atención a las siguientes consideraciones:

145. La atención médica brindada el 24 de mayo de 2021 por AR10 y AR11 fue inadecuada al omitir dar continuidad y seguimiento a los estudios solicitados (punción lumbar y resonancia magnética) por el neurólogo, con la finalidad de integrar un diagnóstico certero y normar conducta a seguir.

146. La atención medica otorgada el 27 de mayo de 2021 por AR12 y el 28 de mayo de 2021 por AR13, ambos especialistas en Neurología se concentraron únicamente en el manejo del estado epiléptico, sin embargo, desestimaron determinar y tratar la etiología del mismo, sin establecer una complementación del abordaje diagnostico para normar una conducta a seguir, no se dio continuidad al protocolo diagnostico para descartar una infección del sistema nervioso central.

147. La atención médica otorgada el 31 de mayo de 2021 por AR14 de la UCI fue inadecuada al pasar inadvertido en la prueba de TORCH la positividad para citomegalovirus y por ende no haber iniciado tratamiento médico al respecto, lo que

pudo haber disminuido el proceso infeccioso y por ende el deterioro clínico del paciente que evolucionó a la muerte.

148. Finalmente, se precisa que la atención médica realizada por PMR1 y PMR2, personas médicas residentes, fue inadecuada al omitir realizar un adecuado, completo y oportuno abordaje médico diagnóstico, por lo que deberá investigarse el nombre de las personas servidoras públicas a su cargo, para que, en su caso, se deslinde la responsabilidad correspondiente al haber incumplido los puntos 5.7, 9.3.1, 10.3 y 10.5, de la NOM-Para Residencias Médicas.

149. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como en el numeral 63 del Reglamento Interno de la CNDH, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente denuncia administrativa ante el OIC-IMSS para efecto que se determine la responsabilidad administrativa que diera lugar en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14 así como por lo relativo a la integración del expediente clínico.

D.2. Responsabilidad institucional.

150. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, *“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.”

151. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se consideran 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 del sistema universal de las Naciones Unidas.

152. Cuando las autoridades incumplen 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 corresponda de manera específica a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

153. En ese tenor, tal y como fue expuesto en el apartado correspondiente, de las evidencias de las cuales se allegó esta Comisión Nacional se advierte que personal del HGR-196, y personal del CMN “La Raza” del IMSS en la Ciudad de México, incurrieron en inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. “*Del Expediente Clínico*” (apartado 5.10), toda vez que algunas notas médicas de evolución que han sido señaladas en la presente Recomendación carecen de nombres completos, firmas y números de cédulas profesionales, así como al (apartado 6.2), ya que se observa la ausencia de notas médicas, mismas que deben ser elaboradas por el médico cada vez que proporciona atención al paciente, de acuerdo con el estado

clínico de éste.

154. Además, se identificó la inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, “*Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas*” en el apartado 11.4, ya que la valoración médica fue realizada por médicos residentes sin la supervisión y/o asesoría del médico adscrito, por lo que las omisiones en que incurrieron PMR1 y PMR2 descritas en el apartado de observaciones y valoración de pruebas de la presente Recomendación y que trascendieron al derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, son atribuibles al Instituto Mexicano del Seguro Social en atención a que, los médicos residentes deben contar con la supervisión y asesoría del médico adscrito, lo que no ocurrió en el caso concreto, con lo que el IMSS dejó de observar las normas que regulan lo relativo al proceso de educación, capacitación y supervisión de médicos residentes.

155. Aunado a lo anterior, también constituye responsabilidad institucional la omisión de realizar el trámite o gestión para que V fuera atendido por el servicio de Neurología en un hospital de tercer nivel o subrogar dicha atención, con lo cual esa institución incumplió a lo dispuesto en los artículos 48 y 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica.

156. Con relación a la valoración por el servicio de Neurología, se advierte que V fue valorado hasta el día 19 de mayo del mismo año, 6 días después de su ingreso en fecha 13 de mayo de 2021, situación que debido a la gravedad de su padecimiento, falta de certeza diagnóstica y de conducta terapéutica se hacía necesaria, sin haberse referido a hospital de tercer nivel o subrogar la atención, con lo que esa autoridad incumplió con el Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Artículo 18, con el Reglamento de

la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica Artículo 48 y 74.

157. De la misma forma, la omisión de proporcionar los medicamentos necesarios para el tratamiento del paciente constituye una responsabilidad de orden institucional, por conculcar lo establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud; así como 26 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y artículo 3 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO.

158. 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 1, 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 personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas 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.

159. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI,

VII y VIII, 8, 26, 27, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 73 fracción V, 74, 75, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida por inadecuada atención médica en agravio de V, así como de VI1 y VI2, en su calidad de víctimas indirectas, se deberá inscribir a los mencionados, en el Registro Nacional de Víctimas, con la finalidad de que tengan acceso a los recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral a Víctimas en la CEAV. Para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

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

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

(...)”.⁴⁴

a) Medidas de Rehabilitación

162. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas, así como el artículo 21 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. La rehabilitación incluye *“la atención médica, psicológica y tanatológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

163. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción I, y 63 de la Ley General de Víctimas; y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, el IMSS, en coordinación con la CEAV, deberá proporcionar a VI1 y VI2, la atención psicológica y tanatológica, en caso de que la requieran, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, y de manera continua durante el tiempo que duren los procedimientos en los cuales tengan competencia para la defensa de los derechos de la víctima hasta alcanzar el más alto nivel de salud posible.

164. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, ofreciendo información

⁴⁴ Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas), párrafo 300 y 301

previa, clara y suficiente, aplicado en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación

165. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *tanto los sufrimientos y las aflicciones causadas a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”.⁴⁵

166. La compensación debe ser apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, esta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos de conformidad con lo indicado en la fracción III del artículo 27 y del 64 de la Ley General de Víctimas.

167. Para tal efecto, 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 V, VI1 y VI2, 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

⁴⁵ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.

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 VI1 y VI2, con motivo del fallecimiento de V, 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. Lo anterior, con el objeto de dar seguimiento al punto recomendatorio primero.

c) Medidas de Satisfacción

168. 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 I de la Ley General de Víctimas, que comprende la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, en la medida en que esa revelación no provoque más daños o amenace la seguridad y los intereses de la víctima, de sus familiares, de los testigos o de personas que han intervenido para ayudar a la víctima o para impedir que se produzcan nuevos delitos o nuevas violaciones de derechos humanos.

169. De ahí que deberán colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que se presentará en el Órgano Interno de Control en el IMSS, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, servidores públicos del HGR-196, así como de AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14 adscritos al CMN “La Raza”, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, dicha instancia deberá realizar la investigación respectiva y resolver lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

170. Asimismo, deberán indagarse los datos del profesor titular, jefe de servicio y/o médico adscrito a cargo de supervisar y asesorar a PMR1 y PMR2, al incumplir la NOM sobre las Residencias Médicas, por lo cual, se deberá informar a este Organismo Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado; ello en cumplimiento al citado punto recomendatorio tercero.

171. Sin perjuicio de lo anterior, de conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la Ley General de Víctimas, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las decisiones judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por lo cual, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que esta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de V, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

d) Medidas de no repetición

172. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas; y consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de Derechos Humanos no vuelvan a ocurrir.

173. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades en el respectivo ámbito de sus competencias, 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 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.

174. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el plazo de seis meses, contados después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, relacionados con el derecho a la protección a la salud y a la vida, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, al personal médico de base de Urgencias Médico Quirúrgicas, así como de Medicina Interna y de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del HGR-196, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, así como al personal médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, de la especialidad en Neurología, y médicos residentes de Cirugía General del CMN “La Raza”, especialmente a AR10, AR 11, AR12, AR13 y AR14 en caso de continuar activos laboralmente, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia y videos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

175. De igual forma, dicho curso deberá estar disponible en medios magnéticos y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, y se deberá realizar un registro de participantes, temarios del curso, constancias y/o diplomas otorgados, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y la Guía de

Práctica Clínica, respecto del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), cuyo propósito es impulsar la integración y evaluación del expediente clínico, como documento básico para la asistencia, docencia e investigación en todos los establecimientos del sector salud con base en la NOM-004-SSA3-2012, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

176. Todos los cursos de capacitación serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en materia de derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de ese Instituto que los reciba. También se deberá mencionar en cada curso, que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

177. 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 de base de Urgencias Médico Quirúrgicas, así como de Medicina Interna y de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del HGR-196, al igual que al personal médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, de la especialidad en Neurología, así como médicos residentes de Cirugía General, del CMN “La Raza”, que contenga las medidas de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y se dé cumplimiento a la norma NOM-004-SSA3-2012 con objeto de garantizar su no repetición. Una vez hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento, a fin de dar seguimiento al quinto punto recomendatorio.

178. 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 de base de Urgencias Médico Quirúrgicas, así como de Medicina Interna y de la Unidad de

Cuidados Intensivos Adultos del HGR-196, al igual que al personal médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, de la especialidad en Neurología, y de Cirugía General, del CMN “La Raza”, que contenga las medidas de prevención y supervisión, a fin de garantizar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, “Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas” en el apartado 11.4, con el objeto de que la actuación de los médicos residentes siempre cuente con la supervisión y/o asesoría del médico adscrito, con objeto de garantizar la no repetición de los hechos que dieron origen a la presente Recomendación. Una vez hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento, a fin de dar seguimiento al sexto punto recomendatorio.

179. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el 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 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.

180. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, 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 VI1 y VI2 a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada del Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a VI1 y VI2, por motivo del fallecimiento de V, 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. Se otorgue la atención tanatológica y psicológica que requieran VI1 y VI2, por los efectos de 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 y proveerles, en su caso, los medicamentos que necesiten, en caso de requerirlos. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, servidores públicos del HGR-196, así como en contra de AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14 adscritos al CMN “La Raza”, por la inadecuada atención médica proporcionada

a V; a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, con la finalidad de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración. Asimismo, deberán indagarse los datos del profesor titular, jefe de servicio y/o médico adscrito a cargo de supervisar y asesorar a PMR1 y PMR2, al incumplir la NOM sobre las Residencias Médicas, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite 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, relacionado con el derecho a la protección a la salud y a la vida, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, al personal médico de base de Urgencias Médico Quirúrgicas, así como de Medicina Interna y de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del HGR-196, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, así como al personal médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, de la especialidad en Neurología, y médicos residentes de Cirugía General del CMN “La Raza”, especialmente a AR10, AR11, AR12, AR13 y AR14, en caso de continuar activos laboralmente, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con conocimientos en derechos humanos; en los que incluya programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia,

videos, fotografías y constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional los documentos que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el término de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigir una circular al personal médico de base de Urgencias Médico Quirúrgicas, así como de Medicina Interna y de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del HGR-196, al igual que al personal médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, de la especialidad en Neurología, así como médicos residentes de cirugía general, del CMN “La Raza”, que contenga las medidas de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento, incluyendo los acuses de recibo de la citada circular.

SEXTA. En el término de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico de base de Urgencias Médico Quirúrgicas, así como de Medicina Interna y de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del HGR-196, al igual que al personal médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, de la especialidad en Neurología, y de Cirugía General, del CMN “La Raza”, que contenga las medidas de prevención y supervisión, a fin de garantizar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, “*Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas*” en el apartado 11.4, con el objeto de que la actuación de los médicos residentes siempre cuente con la supervisión y/o asesoría del médico adscrito, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento incluyendo los acuses de recibo de la citada circular.

SEPTIMA. Designe a la persona servidora pública con capacidad 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.

181. 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.

182. 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.

183. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

184. 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



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 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