

RECOMENDACIÓN NO. 116/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V Y AL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V Y QVI1, QVI2 Y PVI EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO 18, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 16 Y EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD NO. 71 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN TORREÓN, COAHUILA.

Ciudad de México, a 31 de julio de 2021

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2022/3765/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 18, en el Hospital General de Zona No. 16 y la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 71, todos del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila.

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, de conformidad con lo dispuesto 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 párrafo último, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos se pondrán en conocimiento de las autoridades recomendadas, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

DENOMINACIÓN	CLAVE
Persona Víctima	V
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Indirecta	PVI
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Evento Vascular Cerebral	EVC
Médico Interno de Pregrado	MIP

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

NOMBRES	ACRÓNIMO
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.	CEAV
Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	CNDH/Comisión Nacional/Organismo Nacional
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	CPEUM
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de las Crisis Hipertensivas en los Tres Niveles de Atención.	GPC-Tratamiento de Crisis Hipertensivas
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.	GPC-Tratamiento de la EVC
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Cetoacidosis Diabética y el Estado Hiperglucémico Hiperosmolar en Población Mayor de 18 años de edad.	GPC-Tratamiento Cetoacidosis
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Meningitis Bacteriana Aguda en Adultos Inmunocompetentes.	GPC-Tratamiento y Prevención de la Meningitis
Hospital General de Zona No. 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila.	HGZ No. 16
Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 18 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila.	HGZMF No. 18
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.	NOM-Educación en salud
Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	NOM-Infraestructura
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Reglamento de la LGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento IMSS
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 71 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila.	UMAE No. 71

5. El 21 de abril de 2022, se recibió en esta Comisión Nacional, la queja de QVI1 en la que refirió que su entonces pareja V se encontraba hospitalizada en el HGZMF No. 18 del IMSS en Torreón, Coahuila, por presentar que aproximadamente diez días antes, le habían practicado una tomografía en la UMAE No 71; sin embargo, no encontraban dicho estudio a pesar de que el especialista lo había requerido, motivo por el cual acudió con el Director General del primero de los nosocomios mencionados, solicitando se le efectuara nuevamente el mencionado examen; no obstante, hicieron caso omiso.

6. Al día siguiente, personal de este Organismo Nacional sostuvo llamada telefónica con QVI1, ocasión en la que hizo del conocimiento que en la noche del día anterior V había fallecido, solicitando se investigaran los hechos de queja.

7. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional radicó el expediente de queja **CNDH/5/2022/3765/Q**, y para documentar las violaciones a los derechos humanos, se solicitó diversa información al IMSS, misma que se envió en su oportunidad; de igual manera, se elaboró Opinión Médica por una especialista de este Organismo Nacional, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

8. Queja en línea del 21 de abril de 2022, por medio del cual QVI1 hizo del conocimiento de este Organismo Nacional los hechos cometidos en agravio de V.

9. Acta Circunstanciada de 22 de abril de 2022, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que se asentó la comunicación telefónica sostenida con QVI1 quien refirió que la noche del día anterior, V había fallecido.

10. Oficio 095503614033/642 de 25 de mayo de 2022, mediante el cual el IMSS rindió su informe a esta Comisión Nacional, al que adjuntó copia de la siguiente documentación:

10.1. Oficio 050911022151/00315/DM/2022, de 16 de mayo de 2022, suscrito por el Encargado de la Dirección Médica del HGZMF No. 18, en el que señaló que V ingresó el 6 de abril de 2022 con diagnóstico de emergencia hipertensiva con probable enfermedad vascular cerebral, entre otros padecimientos.

10.2. Hoja de interconsulta a Radiología del 6 de abril de 2022, suscrita por AR1, adscrita al servicio de Urgencias del HGZMF No. 18, en la que se solicitó “TAC simple de cráneo”; en cuyo anverso PSP9 detalló *“se presenta caso a HGZ 16 vía telefónica al [PSP1] el cual comenta no contar con radiólogo en turno nocturno para estudio. Presentar en turno matutino”*.

10.3. Cinco informes de resultados de laboratorio clínico del 11 y 13 de abril de 2022, practicados a V en el HGZMF No. 18.

10.4. Nota de evolución y gravedad del 19 de abril de 2022, de las 14:30 horas, suscrita por AR2, adscrita a Medicina Interna del HGZMF No. 18, quien reportó que V se encontraba con evolución tórpida, indicando que el servicio de neurología del HGZMF No. 18 no la había aceptado por no contar con estudio de imagen en físico.

10.5. Nota de medicina interna del 21 de abril de 2022, suscrita por AR2, quien refirió que la UMAE No. 71 había rechazado el envío de V debido a la ausencia tomografía de cráneo; sin embargo, por adscripción le correspondía la UMAE No. 16 [sic] trámite que aceptó la paciente.

10.6. Oficio 0509161C2153/JDAD/74/2022, de 17 de mayo de 2022, suscrito por el Jefe de División de Auxiliares de Diagnóstico de la UMAE No. 71, en el que describió que no se encontró evidencia de citas para tomografía axial computada de forma digital ni escrita por parte de V.

11. Oficio 095503614033/958, de 19 de julio de 2022, a través del cual el IMSS amplió su informe a esta Comisión Nacional, al que adjuntó copia de las siguientes documentales:

11.1. Oficio 050911022151/00435/DM/2022, de 13 del mismo mes y año, en el que el Encargado de la Dirección Médica del HGZMF No. 18 señaló que el 15 de abril de 2022, AR2 solicitó nuevamente estudio de tomografía de cráneo simple a V para descartar neuroinfección.

11.2. Hojas de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 10 y 14 de abril de 2022, respectivamente, firmadas por AR2, en las que indicó que no se administró a V dosis de antibiótico de amplio espectro por *“desabastecimiento de medicamento”*.

11.3. Hoja de registro clínico, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería del 21 de abril de 2022, en la que en el apartado de observaciones se asentó: *“se envió a neuro [sic] a la 16”*.

12. Acta Circunstanciada de 12 de septiembre de 2022, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que se hizo constar llamada telefónica sostenida con QVI2, quien detalló que deseaba conocer de los hechos de queja, indicando que enviaría un escrito solicitando se le otorgara la calidad de quejosa.

13. Escrito de queja de 27 de octubre de 2022, signado por QVI2, hija de V, en el que refirió que después de que el 6 de abril de 2022 V ingresara al HGFZMF No.18,

siendo trasladada al HGZ No. 16 hasta el 21 del mismo mes y año, con el objeto de que el especialista en neurología la valorara, por lo que solicitó se investigaran dichos hechos.

14. Oficio 095217614D15/0503, de 15 de diciembre de 2022, mediante el cual el IMSS amplió su informe a esta Comisión Nacional, al que adjuntó copia de la siguiente documentación:

14.1. Oficio 0509161C2153/JDM/051/2022, de 2 de diciembre de 2022, suscrito por la titular de la División de Medicina de la UMAE No. 71, en el que señaló que no contaban con solicitud de interconsulta al servicio de neurología respecto del caso de V.

14.2. Hoja de Triage y Nota Inicial de servicio de Urgencias del HGZMF No. 18 de las 17:03 horas del 6 de abril de 2022, elaborada por PSP2 en la que reportó que V presentaba descontrol de tensión arterial, lipotimia,¹ diaforesis,² hemianopsia³ súbita de ojo derecho y cefalea temporal,⁴ desviación de la comisura labial hacia la izquierda, diagnosticándola con “*Emergencia hipertensiva,⁵ probable [EVC]⁶”.*

¹ La lipotimia es una pérdida breve del conocimiento debido a una disminución del flujo sanguíneo del cerebro, lo que provoca que podamos perder el conocimiento de manera completa o parcial.

² La diaforesis es, pues, el término médico que se utiliza para referirse a una sudoración profusa, que puede ser normal (fisiológica), ya sea como resultado de una actividad física, una respuesta emocional, una temperatura ambiental elevada, una ingesta copiosa de alimentos o cambios hormonales producidos en determinadas etapas vitales (embarazo o climaterio), o anormal (patológica), como síntoma de alguna enfermedad subyacente o como efecto secundario de determinados medicamentos.

³ La hemianopsia es la falta de visión o ceguera que afecta únicamente a la mitad del campo visual. Este cuadro está provocado por una lesión en el quiasma óptico, debido a la afección de fibras cruzadas de la retina contralateral y fibras directas de la retina ipsilateral.

⁴ Dolor leve o moderado descrito a menudo como la sensación de tener una banda ajustada alrededor de la cabeza.

⁵ Una emergencia hipertensiva es un episodio de hipertensión arterial grave con signos de lesión de órganos blanco (sobre todo el encéfalo, el aparato cardiovascular y los riñones).

⁶ Se conoce como enfermedad vascular cerebral (EVC) a una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente.

14.3. Nota médica y prescripción de las 17:30 horas del 6 de abril de 2022, suscrita por AR1 en la que asentaron que V presentaba tensión arterial del brazo derecho 203/97 y en el izquierdo 198/92, además de observar en el maxilar inferior hematoma en resolución y puntos de sutura bien afrontados.

14.4. Nota de interconsulta a especialidad de Radiología de 6 de abril de 2022, elaborada por AR1, quien reportó diagnóstico de envío “*PBLE [sic] EVC HEMORRAGICO*”,⁷ solicitando al HGZ No. 16 estudio de imagen “*TAC SIMPLE*”⁸ para descartar dicho padecimiento.

14.5. Carta de consentimiento informado para ingreso al servicio de urgencias del 6 de abril de 2022, elaborado por AR1 y firmado por PVI, hermana de V.

14.6. Notas médica y prescripción de las 17:42 horas del 6 de abril de 2022, signada por AR1 en la que señaló que se solicitaron para V estudios de laboratorios en biometría hemática completa, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de funcionamiento hepático, enzimas cardíacas y tomografía de cráneo simple, agregando que “*se entrega 4-30-8*”.⁹

14.7. Carta de disentimiento informado de 6 de abril de 2022, firmada por AR1 y QVI2, en la cual se observa: “*Acto, procedimiento o intervención quirúrgica propuesta: Intubación oro-traqueal*”, por medio de la cual la familiar de V no autorizó dicho procedimiento.

⁷ Tipo de accidente cerebrovascular que se presenta cuando se rompe un vaso sanguíneo dentro del encéfalo o en su superficie, y hay hemorragia dentro del encéfalo o alrededor de este. La hinchazón y el aumento de la presión a causa de la hemorragia dañan las células y el tejido del encéfalo. El accidente cerebrovascular hemorrágico a menudo se produce a causa de presión arterial alta, aneurisma, anomalía arteriovenosa, traumatismo en la cabeza o trastorno hemorrágico. También se llama accidente vascular cerebral hemorrágico e ictus hemorrágico.

⁸ Una Tomografía Axial Computarizada (TAC) se usa para diagnosticar una enfermedad, planificar un tratamiento o determinar si el tratamiento es eficaz.

⁹ Formato de referencia/contrarreferencia.

14.8. Nota médica y prescripción de las 00:05 horas del 7 de abril de 2022, suscrita por AR3, del servicio de Urgencias, en la que asentó que V se encontraba con tendencia a la somnolencia, pupilas hiporreflécticas, anisocoria, fuerza 5/5 no focalizada, sin alteraciones a nivel cardiopulmonar, diagnosticándola con EVC hemorrágico, emergencia hipertensiva, crisis convulsivas de primera vez y síndrome post paro cardiaco.¹⁰

14.9. Carta de consentimiento bajo información, sin fecha de elaboración, suscrita por AR3 y QVI2, en el que la familiar de la paciente aceptó el procedimiento de intubación y maniobras de reanimación para V.

14.10. Nota médica de las 01:00 horas, del 7 de abril de 2022, suscrita por AR3 en la que reportó que V presentó deterioro neurológico con hipertensión y bradicardia.¹¹

14.11. Carta de consentimiento bajo información, sin fecha de elaboración, signada por AR3 y QVI2, en la que ésta última aceptó la colocación de catéter venoso central para V.

14.12. Notas médicas sin fecha de elaboración, suscritas por AR3 en las que señaló que se suministró “midazolam”, “propofol” y “buprenorfina” a V.

14.13. Nota médica y prescripción de las 11:00 horas del 7 de abril de 2022, suscrita por AR4, en la que reportó que se continuó con manejo de protector gástrico (omeprazol) para V, así como, con antibiótico (ceftriaxona), antipirético (paracetamol) e ingreso a piso de medicina interna.

¹⁰ El síndrome post paro cardíaco es un estado clínico que implica lesión cerebral global, disfunción miocárdica post paro, disfunción macrocirculatoria, mayor vulnerabilidad a la infección y patología precipitante persistente.

¹¹ La bradicardia es la frecuencia cardíaca baja. El corazón de los adultos en reposo suele latir entre 60 y 100 veces por minuto. Si tienes bradicardia, el corazón late menos de 60 veces por minuto.

14.14. Nota médicas y prescripción de las 13:05 horas del 7 de abril de 2022, signada por AR1 en la que indicó que se efectuó TAC de cráneo en esa fecha, de la que se advirtió que *“no se aprecian datos de evento hemorrágico ni zonas isquémicas”*, agregando que V presentaba alto riesgo de fallecimiento.

14.15. Nota de ingreso a piso de medicina interna del 7 de abril de 2022, sin nombre y firma del médico de base que la elaboró, solo de MIP1 en la que se reportó muy grave a V, con pronóstico malo para la vida y la función, así como, alto riesgo de fallecimiento.

14.16. Nota de evolución y gravedad del servicio de medicina interna, de las 15:00 horas del 8 de abril de 2022, suscrita por AR2 en la que detalló que V se encontraba sin alteraciones a nivel hemodinámico, respiratorio, renal y hematoinfeccioso, afebril, agregando que se realizó TAC de cráneo, solicitándose *“CD a familiar pero comentó que lo tiene otra hija de la paciente”*.

14.17. Notas de evolución de medicina de 9 de abril de 2022, sin nombre y firma del médico de base que la elaboró, solo de MIP2 quien refirió que a las 00:08 horas, V presentó episodios de movimientos tónico-clónicos generalizados con fiebre, ajustándose dosis de medicamento, con lo que cedió el cuadro convulsivo.

14.18. Hoja de interconsulta a especialidad del 9 de abril de 2022, elaborada por AR5, a través del cual solicitó interconsulta para V a la Unidad de Cuidados Intensivos de la UMAE No. 71.

14.19. Nota de evolución de medicina interna en jornada acumulada de las 11:00 horas del 9 de abril de 2022, elaborada por AR6, en la que describió que V se encontraba con febrícula e hiperglucemia, sin alteraciones en la función respiratoria y con herida mandibular sin datos de infección.

14.20. Informe de resultados de laboratorios clínicos de 9 de abril de 2022 realizados a V en el HGZMF No. 18.

14.21. Hoja de indicaciones médicas de las 08:30 horas del 9 de abril de 2022, suscrita por AR6, en la que prescribió a V esquema de insulina rápida, ajustando soluciones y continuando con medidas de neuroprotección, suspendiendo antibiótico y agregando otro de amplio espectro.

14.22. Nota médica de las 12:54 horas del 9 de abril de 2022, suscrita por PSP3, de la Unidad de Cuidados Intensivos de la UMAE No. 71, en la que refirió que la emergencia hipertensiva de V ya estaba resuelta, posterior al paro cardiorrespiratorio se indicó la neuroprotección durante 24 horas con posterior ventana neurológica, sugiriendo valoración por esa especialidad y en caso de requerir asistencia ventilatoria, el servicio quedaría como interconsultante.

14.23. Nota de evolución de las 11:00 horas del 10 de abril de 2022, elaborada por AR6, en la que señaló que suspendió sedación para inicio de ventana neurológica para V, continuando con norepinefrina para mantener tensiones arteriales adecuadas, observando a nivel respiratorio la presencia de *“abundante secreción bronquial a la aspiración”*.

14.24. Nota de Anestesiología de las 18:31 horas del 11 de abril de 2022, en la que se observa un nombre ilegible del personal que la elaboró y se describió que se realizó punción lumbar a V sin complicaciones, enviando a estudio citoquímico y cultivo.

14.25. Nota de evolución y gravedad de Medicina Interna de las 15:40 horas del 12 de abril de 2022, en la que AR2 reportó a V *“muy grave, con alto riesgo de complicaciones aguda”*.

14.26. Nota de evolución y gravedad de Medicina Interna de las 12:30 horas del 13 de abril de 2022, en la que AR2 describió que V presentaba datos de respuesta inflamatoria sistémica con foco de infección probablemente a nivel de sistema nervioso, por lo que solicitó valoración por el servicio de Neurología una vez que se contara con imágenes.

14.27. Nota de evolución de Medicina Interna de las 14:00 horas del 14 de abril de 2022, en la que AR2 refirió que V tuvo pico febril que remitió con ministración de antipirético, aún sin respuesta a interconsulta a Neurología.

14.28. Nota de evolución de Medicina Interna y jornada acumulada de las 11:00 horas del 16 de abril de 2022, suscrita por AR6, en la que señaló que encontró a V con datos de infección y crecimiento de "*Cryptococo laurentii*".¹²

14.29. Nota de evolución de Medicina Interna y jornada acumulada de las 11:00 horas del 17 de abril de 2022, signada por AR6, en la que detalló que V presentaba signos sugestivos de enfermedad trombótica en extremidades inferiores, encontrándose pendiente de resultado de hemocultivo, así como, del envío a neurología.

14.30. Nota de evolución de Medicina Interna de 18 de abril de 2022, suscrita por AR7 y AR8, en la que describieron que V se encontraba polipnéica,¹³ febril, hiperglúcemica, con estreñimiento, desaturación hasta el 82%, colocándose mascarilla reservorio a 5 litros por minuto, reportándola grave.

¹² La criptococosis es una infección fúngica que afecta de forma predominante a pacientes con compromiso de la inmunidad celular.

¹³ La polipnea consiste en un aumento de la frecuencia y aumento de la profundidad respiratorias.

14.31. Nota de interconsulta de 19 de abril de 2022, elaborada por AR2, en la que solicitó referencia al HGZ No. 16 para realizar tomografía simple y contrastada de abdomen.

14.32. Tomografía de abdomen realizada a V el 20 de abril de 2022, en medio privado “*Centro Médico Torreón*”, por médico especialista en radiología.

15. Oficio 095217614D15/0541, de 22 de marzo de 2023, mediante el cual el IMSS amplió su informe a este Organismo Nacional, al que adjuntó copia de la siguiente documentación:

15.1. Oficio 050202200200/DM/197/2023, de 17 de marzo de 2023, suscrito por PSP4, mediante el cual refirió no contar con imágenes de la tomografía practicada a V, toda vez que *“al momento de realizarla, tanto el disco como la interpretación se entrega al paciente”*.

15.2. Hoja de Triage y Nota Inicial de servicio de urgencias de las 13:05 horas del 21 de abril de 2022, suscrita por PSP5, en el que manifestó que V ingresó al HGZ No. 16, con deterioro neurológico, sin responder a ordenes ni verbalizar, solicitándose interconsulta a neurología y reportándola grave.

15.3. Hoja de indicaciones médicas de las 12:30 horas del 21 de abril de 2022, suscrita por PSP5, en el que estableció a V tratamiento con ceftriaxona, continuando con anticomical, antiviral, fungicida, antipirético, protector gástrico, vasopresor, así como estudios de sangre, electrocardiograma, tele radiografía de tórax y control de temperatura.

15.4. Valoración de neurología de las 15:15 horas del 21 de abril de 2022, elaborada por PSP6, quien reportó a V somnolienta hipoactiva con anisocoria, presentando encefalopatía, fiebre y convulsiones sin datos adicionales,

señalando que no ameritaba internamiento en esa especialidad, sugiriendo seguimiento por medicina interna.

15.5. Nota agregada de las 18:30 horas del 21 de abril de 2022, sin nombre o firma de quien la elaboró, en la que se señaló que los estudios de laboratorio arrojaron como resultado leucocitosis, desequilibrio hidroelectrolítico, enfermedad renal en estadio IV, con alta osmolaridad por las mismas alteraciones metabólicas de V e hiperglucemia.

15.6. Hoja de indicaciones de las 07:00 horas del 22 de abril de 2022, elaborada por PSP7, en la que señaló que se mantuvo a V con manejo establecido, cuidados de enfermería, vigilancia de patrón respiratorio e ingreso a piso de medicina interna.

15.7. Nota de evolución nocturna de 21 de abril de 2022, suscrita por PSP8 del servicio de Medicina Interna del HGZ No. 16, en la que reportó que durante el turno nocturno V presentó deterioro neurológico, malas condiciones generales, desaturación del 87% a pesar de tener mascarilla, con diagnósticos de choque séptico secundario a neumonía asociada a cuidados de la salud, desequilibrio hidroelectrolítico y falla orgánica múltiple.

15.8. Carta de disentimiento informado de 21 de abril de 2022, suscrito por PSP5 y QVI2, en el que se observa que no se aceptó el procedimiento de *“intubación oro-traqueal y reanimación”* para V.

15.9. Nota de evolución nocturna de las 07:30 horas del 22 de abril de 2022, suscrita por PSP7, en la que señaló que V se mantuvo con oxígeno suplementario.

15.10. Certificado de defunción de V de 22 de abril de 2022, en el que se estableció como causas del deceso *“Encefalopatía metabólica, hipernatremia y neumonía asociada a los cuidados de la salud”*.

16. Opinión médica, de 30 de mayo de 2023, suscrita por un especialista de esta Comisión Nacional respecto del caso de V, en la que se determinó que la atención médica brindada a la paciente fue inadecuada.

17. Impresión de correo electrónico de 14 de julio de 2023, suscrito por la jefa del Área de Atención a Quejas de la CNDH en el IMSS, por medio del cual informó a este Organismo Nacional que AR9 se encontraba a cargo de MIP1 y MIP2, quienes atendieron a V el 7 y 9 de abril de 2022, en el HGZMF No. 18.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

18. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se cuenta con constancias que acrediten el inicio de queja médica ante la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS o algún procedimiento de responsabilidades administrativas en el Órgano Interno de Control en el IMSS en relación con los hechos materia de queja, así como tampoco, la presentación de alguna denuncia ante la autoridad ministerial competente.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

19. De la valoración lógico-jurídica de las evidencias que integran el expediente de queja **CNDH/5/2022/3765/Q**, realizada en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como, de criterios jurisprudenciales

aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V, así como, al acceso a la información en materia de salud en perjuicio de V, QVI1, QVI2 y PVI, atribuibles a personas servidoras públicas del HGZ No. 16, del HGZMF No. 18 y de la UMAE No. 71.

A. Derecho humano a la protección de la salud

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

21. El artículo 4° de la CPEUM, en su párrafo cuarto, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.¹⁴

22. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como “*Protocolo de San Salvador*” enuncia en su artículo 10 que “*Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*”, añadiendo que, para lograr su efectividad, “*Los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;*

¹⁴ Ley General de Salud. “*Artículo 1o. Bis. - Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”.

c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

23. Por otra parte, la SCJN ha precisado en jurisprudencia que, entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra el disfrute de los servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiéndose 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.¹⁵

24. Bajo esa óptica, esta Comisión Nacional en la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, 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”.*

25. En el presente caso, esta Comisión Nacional observa que personas servidoras públicas del HGZ No. 16, del HGZMF No. 18 y de la UMAE No. 71 incurrieron en omisiones que violentaron el derecho humano a la protección de la salud en agravió de V, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

¹⁵ SCJN. Jurisprudencia (Administrativa). “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, abril de 2009. Registro: 167530.

A.1. Violación al derecho humano de la salud en agravio de V

- **Ingreso de V al servicio de Urgencias del HGZMF No. 18**

26. V, paciente femenina de 47 años de edad al momento de los hechos, fue ingresada a las 17:03 horas del 6 de abril de 2022, al servicio de Urgencias del HGZMF No. 18 del IMSS, con antecedente de drenaje de absceso y cirugía maxilar por fractura de mandíbula de una semana previa a dicho ingreso hospitalario, siendo atendida por PSP2 ante la cual, la paciente refirió presentar *“mareo, dolor en el tórax, descontrol de tensión arterial”*, debido al registro de esos datos en su hogar con cifras de 200/124mmHg, agregando que ingirió antihipertensivos (nifedipino y enalapril) y un antiagregante plaquetario (ácido acetilsalicílico).

27. V también cursó con lipotimia (sensación de mareo sin pérdida del estado de conciencia), diaforesis (sudoración profusa), hemianopsia súbita de ojo derecho (pérdida de la visión de la mitad del campo visual) y cefalea temporal (dolor referido en las sienas); a la exploración física realizada por PSP2, la facultativa encontró a la paciente con marcha lateralizada apoyada por familiar, consciente, orientada, con palidez de tegumentos,¹⁶ regular estado de hidratación, ojo derecho con hiporreflexia (disminución de los reflejos a la luz), midriasis (dilatación de la pupila), ojo izquierdo arrefléctico (sin reflejo al estímulo luminoso), desviación de la comisura labial hacia la izquierda; observando además en región mandibular derecha una herida afrontada con puntos de sutura simples.

28. Ante dicho panorama, PSP2 reportó electrocardiograma con ritmo sinusal¹⁷ con frecuencia cardíaca de 77 latidos por minuto, por lo que, bajo esos parámetros,

¹⁶ La palidez es el decaimiento del color natural de la piel y mucosas por alteraciones de la circulación sanguínea.

¹⁷ El ritmo sinusal es el ritmo normal del corazón. Los pacientes en ritmo sinusal tienen una frecuencia cardíaca regular entre 60 y 100 lpm.

emitió los diagnósticos de *“Emergencia hipertensiva, probable [EVC]”*, indicando la necesidad de transferirla al área de *“Urgencias adultos”*.

29. Posterior a ello, y como da cuenta la hoja de consentimiento informado firmada por AR1 y PVI, V ingreso a *“Urgencias adultos”*, en donde, más tarde, a las 17:30 horas, el referido médico reportó a la paciente con *“tensión arterial del brazo derecho 203/97, brazo izquierdo 198/92, Frecuencia Cardíaca 88, Temperatura 36.5 grados, saturación de oxígeno 98%”*.

30. Así, previa entrevista con familiar de V, quien refirió que la paciente presentaba antecedente de cirugía de mandíbula de una semana previa siendo la novena reconstrucción quirúrgica secundaria a una fractura de nueve años atrás, con mal apego a tratamiento antihipertensivo e inicio de síntomas desde las 09:00 horas de ese mismo día, AR1 procedió a iniciar una exploración física a la agraviada, en la que se observó la presencia de un hematoma en resolución en el maxilar inferior, así como, puntos de sutura bien afrontados.

31. Bajo ese panorama, AR1 indicó ayuno, soluciones para vena permeable,¹⁸ cuidados generales de enfermería y toma de signos vitales por turno, reposo, vigilancia de estado neurológico, antihipertensivo bloqueador alfa y beta (labetalol),¹⁹ analgésico consistente en ketorolaco, estudios de laboratorio en biometría hemática completa, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de funcionamiento hepático, enzimas cardíacas y TAC simple, reportando a la paciente como grave.

¹⁸ La permeabilidad vascular, a menudo en forma de permeabilidad capilar o permeabilidad microvascular, caracteriza la capacidad de la pared de un capilar sanguíneo para permitir el flujo de moléculas pequeñas (medicamentos, nutrientes, agua, iones) o incluso células enteras (linfocitos en su camino hacia el sitio de inflamación) dentro y fuera del vaso.

¹⁹ El labetalol se usa para tratar la hipertensión. Funciona al relajar los vasos sanguíneos y la disminución de la frecuencia cardíaca para mejorar el flujo sanguíneo y disminuir la presión arterial. Este medicamento también puede ser prescrito para otros usos; pídale más información a su doctor o farmacéutico.

32. Sobre el particular, la especialista de esta Comisión Nacional señaló en su Opinión Médica que, hasta ese momento, en virtud del antecedente de hipertensión, las cifras elevadas de tensión arterial y la presencia de alteraciones neurológicas como sospecha de daño a órgano blanco de V, el manejo realizado por los médicos antes mencionados cumplió con lo establecido en la GPC-Tratamiento de Crisis Hipertensivas, tocante a que *“en pacientes con EVC hemorrágico agudo se disminuya de manera cuidadosa la TAS <180mmHg, utilizando como tratamiento de primera línea labetalol o nicardipino”*, recomendándose la administración de antihipertensivos en pacientes con EVC isquémico con emergencia hipertensiva.

33. Igualmente, de acuerdo con la citada Guía, *“en el [EVC] candidato o no a tratamiento trombótico, así como en la hemorragia cerebral se debe realizar [TAC] de cráneo”*, misma que se ordenó, tal como se advierte en la solicitud de interconsulta a especialidad de Radiología de 6 de abril de 2022 para realizar *“TAC simple de cráneo”* del HGZ No. 16 elaborada por AR1 con carácter de urgente.

34. No obstante, a pesar de lo antes mencionado, la especialista de esta Institución aseveró que en esta primera fase de atención médica a V y con los parámetros que hasta ese momento presentaba la agraviada (hipertensión, cifras elevadas de tensión arterial y la presencia de alteraciones neurológicas), AR1 omitió solicitar una valoración especializada, de la que, dependiendo de los hallazgos que pudieran encontrarse, había posibilidad de llevar a cabo un manejo de tipo quirúrgico, además de necesitarse otro tipo de estudios como una *“Angiotac”*²⁰ o resonancia magnética.

35. Por lo que, a consideración de la médica de este Organismo Nacional, AR1 incumplió lo previsto en la GPC-Tratamiento de la EVC, que dispone que *“el*

²⁰ El ANGIOTAC es una prueba de imagen que permite observar la anatomía arterial y venosa de diferentes partes del cuerpo, a través de la inyección intravenosa de un medio de contraste yodado mientras el paciente se realiza un TAC.

*paciente debe ser transferido a un área apropiada para su cuidado en las primeras 3 horas desde su llegada [...] si se observa EVC hemorrágico **solicitar valoración por Neurología**, en caso de no comprobar estenosis de carótidas o segmentos de arteria cerebral media **solicitar valoración por Neurocirugía y/o valorar ingreso a Terapia Intensiva**".*

36. Así las cosas, a las 18:10 horas del mismo 6 de abril de 2022, AR1 reportó los resultados de laboratorio, en los cuales se observó leucocitosis²¹ e hiperglucemia,²² en espera de realización de tomografía de cráneo.

37. A las 19:45 horas de ese mismo día, el mencionado facultativo refirió la presencia de "*crisis convulsiva tónico-clónica generalizada*²³ *con posterior paro cardíaco*", procediendo a realizar maniobras de reanimación avanzada, con compresiones cardio-torácicas durante tres ciclos y administración de una dosis de adrenalina a las que V respondió favorablemente con retorno de frecuencia cardíaca sinusal y taquicardia de 177 latidos, se impregnó anticonvulsivante (difenhidantoína), colocándole mascarilla autoinsuflable y cánula de Guedel (tubo colocado en la boca para no permitir su cierre total habilitando su respiración).

38. En ese mismo acto, AR1 explicó a QVI2 el mal pronóstico a corto plazo de V, ante lo cual, la familiar no autorizó manejo avanzado de la vía aérea, tal como se constata en la carta de disentimiento informado que se encuentra agregada al

²¹ La leucocitosis, un aumento en el número de glóbulos blancos (leucocitos) de más de 11 000 células por microlitro de sangre (11×10^9 por litro), está causada a menudo por una respuesta normal del organismo frente a algunos fármacos, como los corticosteroides, o bien para ayudar a combatir una infección.

²² Hiperglucemia significa glucosa en sangre alta. Afecta con más frecuencia a personas que tienen diabetes. Cuando tiene diabetes, el cuerpo no produce suficiente insulina, no puede usarla tan bien como debería. Demasiada glucosa permanece en la sangre y no llega a las células.

²³ Es un tipo de convulsión que compromete todo el cuerpo. También se denomina convulsión de tipo gran mal. Los términos crisis epiléptica, convulsión o epilepsia casi siempre están asociados con convulsiones tónico-clónicas bilaterales.

expediente clínico de la paciente, por lo cual, se optó por indicar anticonvulsivante, antihipertensivo y colocación de máscara de reservorio.

39. De acuerdo a lo analizado por la especialista de esta Comisión Nacional, AR1 no solicitó valoración por el servicio de neurología, a sabiendas de que en su unidad médica no se contaba con ese servicio ni con tomógrafo (estudio que se hallaba en espera de realización), lo que expuso a V de manera innecesaria a un riesgo mayor de complicaciones y secuelas por la evolución que hasta ese momento cursaba, por lo que, se desprende que AR1 incumplió lo establecido en la GPC-Tratamiento de la EVC, el cual dispone que *“el paciente debe ser transferido a un área apropiada para su cuidado en las primeras 3 horas desde su llegada”*.

40. Cabe resaltar que de conformidad con lo establecido por la SCJN, el personal médico en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, en donde si bien es cierto, no garantiza la curación de un enfermo, sí debe hacer uso de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso. Así, el Máximo Tribunal refiere que *“En el curso del acto médico deben efectuarse una serie de elecciones alternativas, desde el momento en que se precisa indicar las exploraciones necesarias para llegar a un diagnóstico, hasta el de prescribir una concreta terapia, y todo ello en el ámbito de la duda razonable sobre la mejor decisión posible”*.²⁴

41. Derivado de ello, se observa que al omitir enviar a V a la especialidad de Neurología para que fuera valorada y en su caso, se estableciera un diagnóstico y tratamientos oportunos para su estado de salud, AR1 trastocó lo establecido en el numeral 9 de la Ley General de Salud, el cual refiere que *“La atención médica*

²⁴ SCJN. Tesis Aislada (Civil). *“ACTO MÉDICO. MEJOR DECISIÓN POSIBLE PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA”*, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, 28 de noviembre de 2012. Registro: 2002441.

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

42. Por otra parte, no pasa inadvertido para este Organismo Nacional que el mismo 6 de abril de 2022, AR1 realizó solicitud de interconsulta a Radiología del HGZ No. 16 a efecto de que se practicara a V el TAC de cráneo simple, debido al diagnóstico de probable EVC hemorrágico.

43. En ese tenor, se observa que en el anverso de dicha hoja, a las 22:30 horas el referido galeno asentó haber presentado el caso a PSP1 del HGZ No. 16, quien comentó *“no contar con radiólogo en turno nocturno para estudio. Presentar en turno matutino”*. Igualmente, en hoja de interconsulta diversa de esa misma fecha, AR1 asentó *“Cita [HGZ No. 16] 07/04/2022 15:00hr C-109 Anexar”*.

44. Al respecto, si bien es cierto se desprende que dicha persona servidora pública sí solicitó el estudio de TAC de cráneo simple al área de radiología e imagen del HGZ No. 16, al informársele que esa unidad no contaba con el servicio, no se encuentra evidencia de que haya requerido la misma a otra clínica disponible o alternativa, a pesar de que el estudio se consideraba urgente, ante lo cual, se concluye que el facultativo incumplió lo establecido en la GPC-Tratamiento de la EVC, la cual refiere que *“[...] la tomografía debe ser realizada en los primeros 25 minutos e interpretada en los primeros 45 minutos y, si está indicado, el paciente debe recibir trombólisis en los primeros 60 minutos desde su llegada”*.

45. Continuando, a las 00:05 horas del 7 de abril de 2022, V fue atendida por AR3, quien reportó a la paciente con signos vitales *“Tensión arterial 150/90, Frecuencia Cardíaca 87, Frecuencia Respiratoria 22, Temperatura 36.5, Saturación 92%”*, observándola con tendencia a la somnolencia, pupilas hiporreflécticas (reflejos a la luz disminuidos), anisocoria (tamaño desigual de las pupilas), fuerza 5/5 no focalizada, sin alteraciones a nivel cardiopulmonar ni abdomen, emitiendo

diagnósticos de *“probable [EVC] hemorrágico, emergencia hipertensiva, crisis convulsivas de primera vez y síndrome post paro cardíaco”*; por lo que procedió a explicar a QVI2 que, de ser necesario, se efectuaría procedimiento de intubación y maniobras de reanimación a la agraviada, ante lo cual, manifestó su consentimiento.

46. Aproximadamente una hora después, a la 01:00 horas del 7 de abril de 2022, V presentó deterioro neurológico con hipertensión y bradicardia (disminución de la frecuencia cardíaca), por lo que AR3 decidió manejo avanzado de la vía aérea y colocación de catéter venoso central, agregando el suministro de benzodiazepina, de un anestésico consistente en propofol y de un analgésico opioide (buprenorfina).

47. A las 11:00 horas del 7 de abril de 2022, V fue atendida por AR4, quien encontró a la paciente bajo sedación con apoyo de aminas vasoactivas con norepinefrina, regular estado de hidratación, leve palidez de tegumentos, llenado capilar de 4 segundos, apoyo mecánico ventilatorio, en ayuno con sonda orogástrica funcional (sonda colocada a través de la boca al estómago), diuresis presente (secreción de orina) por sonda Foley (vesical), afebril, sin datos de algún proceso infeccioso, refiriendo que para ese momento la agraviada contaba con programación de estudio de TAC a las 15:00 horas, ello para confirmar diagnóstico, e ingreso a servicio de Medicina Interna del HGZMF No. 18.

48. A pesar de lo sucedido, tampoco se observa que durante la intervención de AR3 y AR4, ambos facultativos hayan solicitado la valoración de V por el servicio de neurología, pasando por alto las complicaciones desarrolladas por la paciente hasta ese momento.

49. Durante la tarde de ese mismo día, V se mantuvo en las mismas condiciones clínicas, siendo AR1 quien reportó que ***“Se realiza TAC de cráneo el día de hoy a las 13:00 hrs aún sin reporte sin embargo por imagen no se aprecian datos de evento hemorrágico ni zonas isquémicas. Se descarta hemorragia intracraneal,***

continuamos con protocolo de estudio a descartar neuro infección. Sube a piso de [Medicina Interna] paciente muy grave alto riesgo de fallecimiento”.

50. No pasa desapercibido para la especialista de este Organismo Nacional que, a partir de su ingreso el 6 de abril de 2022 a las 17:03 horas, tal como se desprende de la Nota de Triage y hasta las 13:00 horas del 7 del mismo mes y año, se le practicó a V el estudio de TAC de cráneo, transcurriendo aproximadamente 20 horas, dilación que, dado el estado de salud de la paciente, resultó contraria a lo referido en la GPC-Tratamiento de la EVC, la cual precisa que debido al poco tiempo que se tiene para ofrecer el tratamiento de un evento isquémico agudo, es de vital importancia la evaluación y el diagnóstico tempranos en el servicio de urgencias.

51. La Guía citada en el párrafo que antecede, también prevé que *“Un paciente que sea candidato a intervención debe tener una evaluación física en los primeros 10 minutos desde su llegada a Urgencias, los miembros del equipo especializado deben ser notificados en los primeros 15 minutos desde la llegada del paciente, la tomografía debe ser realizada en los primeros 25 minutos e interpretada en los primeros 45 minutos y, si está indicado, el paciente debe recibir trombólisis en los primeros 60 minutos desde su llegada. Por último, el paciente debe ser transferido a un área apropiada para su cuidado en las primeras 3 horas desde su llegada”.*

52. Tomando en cuenta lo descrito en el párrafo que antecede, es evidente que no se cumplió con la Guía ya que la TAC no se tomó en el tiempo señalado, pues como se detalló, le tomó al IMSS 20 horas aproximadamente para tener dicho estudio y, dadas las condiciones de salud que en ese momento presentaba V, resulta evidente que el AR1 vulneró lo establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud, el cual dispone que *“Las actividades de atención médica son: [...] II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”.*

53. En torno a ello, la SCJN ha mencionado que la actividad diagnóstica por parte del personal médico comporta riesgos de error que pueden mantenerse en ciertos casos dentro de los límites de lo tolerable; sin embargo, destaca que *“existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina”*.²⁵

54. En ese sentido, si bien es cierto la especialista de esta Comisión Nacional destacó que hasta ese momento, el manejo otorgado por parte de AR1, AR3 y AR4 a V para la emergencia hipertensiva y sospecha de daño a órgano blanco resultó acorde a la GPC-Tratamiento de Crisis Hipertensivas, la cual menciona que en pacientes con EVC hemorrágico agudo *“se disminuya de manera cuidadosa la TAS <180mmHg, utilizando como tratamiento de primera línea labetalol o nicardipino”*, recomendando que *“en pacientes con EVC isquémico con emergencia hipertensiva la ministración de antihipertensivos”*, dichas facultativas pasaron por alto solicitar una valoración especializada de la paciente a fin de descartar el proceso hemorrágico e isquémico, que con los antecedentes de paro cardiorrespiratorio, crisis convulsivas y posibilidad de infección del sistema nervioso central, ameritaba la examinación neurológica para establecer un diagnóstico certero.

55. Por tanto, se concluye que AR1, AR3 y AR4 brindaron una atención inadecuada a V, trastocando lo establecido en el artículo 7 del Reglamento IMSS el cual establece que: *“Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores”* y vulnerando el derecho de la salud de la paciente.

²⁵ Tesis Aislada (Civil). *“MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA”*, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, enero de 2013. Registro: 2002570.

- **Ingreso de V al servicio de Medicina Interna del HGZMF No. 18**

56. El 7 de abril de 2022, V ingresó a piso de medicina interna, donde continuó manejo sin cambios, tal como se desprende de la nota médica suscrita por MIP1 y en la que asentó como diagnósticos *“Emergencia hipertensiva remitida, Hipertensión arterial sistémica [y] Diabetes Mellitus tipo 2”*.

57. A las 15:00 horas del día siguiente, fue atendida por AR2, quien la encontró sin alteraciones a nivel hemodinámico, respiratorio, renal, hematoinfeccioso y afebril, refiriendo que *“De acuerdo a notas de expediente ya se realizó [TAC] de cráneo, se solicita cd a familiar pero comenta que lo tiene otra hija de la paciente, se indica traerlo para poder revisarlo. Ante la posibilidad de que no haya habido EVC el otro diagnóstico presuncional sería una neuroinfección (leucocitosis, neutrofilia, crisis convulsiva, cirugía maxilar reciente). Solicitamos de nuevo el CD para en caso de encontrar contraindicación realizar punción lumbar para toma de muestra de lcr [líquido cefalorraquídeo] y estudio del mismo, se suspende midazolam y continua solo con propofol”*.

58. Asimismo, en su nota médica, AR2 señaló como diagnósticos *“síndrome post-reanimación/ventilación mecánica, crisis convulsivas de novo, probable [EVC] versus neuroinfección, emergencia hipertensiva remitida, Diabetes Mellitus tipo 2 controlada”*.

59. En ese sentido, la médica de esta Institución precisó que la tomografía que se le practicó a V y de acuerdo a las notas que obran en el expediente clínico de la paciente, no mostró datos de hemorragia o isquemia; no obstante, al no contar con las imágenes y su reporte, no se tiene la certeza de que la agraviada presentó algún hallazgo o indicador sugestivo de otro diagnóstico como el proceso infeccioso.

60. Así las cosas, AR2 se encontró limitada para establecer un diagnóstico más certero en ese momento, pues si bien el cuadro presentado fue de un probable EVC, en el servicio de Urgencias no se realizó una exploración neurológica más detallada ni aplicaron las escalas sugeridas en la GPC-Tratamiento de la EVC, que mencionan que: *“Se recomienda usar la escala Cincinnati para identificar pacientes con un [EVC] que son candidatos a tratamiento trombolítico [...] la escala Los Ángeles para identificar pacientes con un [EVC] debido a su alta especificidad y sensibilidad [...] aplicar la Escala FAST y/o Escala de Cincinnati para el diagnóstico rápido de la enfermedad”*; por lo que, tomando en consideración que a su ingreso V se hallaba en condiciones de que se le realizara una exploración más detallada, de haber efectuado las mencionadas escalas se hubiera tenido una mayor certeza diagnóstica.

61. Por otro lado, no pasa por alto para esta Comisión Nacional que ante la falta de imágenes del TAC de V, AR2 tampoco solicitó nuevamente dichas documentales o bien, la interpretación del estudio al HGZ No. 16, pues el diagnóstico efectuado por esa facultativa respecto de la paciente únicamente se basó en los hallazgos de una tomografía vista por AR1 a través de un video en un aparato celular sin contemplar otros datos que permitieran confirmar o descartar de manera integral alguna otra patología en ese momento.

62. Cabe precisar que en la descripción realizada por AR1 de la tomografía de cráneo practicada a V, éste mencionó que *“no se aprecian datos de evento hemorrágico ni zonas isquémicas. Se descarta hemorragia intracraneal”*, a pesar de que la literatura médica especializada refiere que el *“edema citotóxico puede observarse a las 6 horas de iniciado el evento, con buena delimitación de la zona a las 24 horas y persistente en los primeros 5 días, los cambios tempranos pueden observarse en el 89% de los pacientes dependiendo del grado de isquemia, localización, tamaño y distribución vascular que se ha afectado, a pesar de ello, hay*

probabilidad de error de interpretación y un 11% que no muestra cambios en las primeras horas”.

63. Ante la ausencia del multirreferido estudio, AR2 debió solicitar una interpretación por parte del médico especialista en imagen, quien es el capacitado para observar y hacer otras mediciones (dependiendo el tipo de estudio) e interpretar las imágenes obtenidas y con ellas facilitar la orientación diagnóstica al médico tratante, lo que no sucedió; por el contrario, se basó en lo referido por su homólogo AR1, cuyo análisis resultó incongruente con lo que debió encontrar, por tanto, incumplió lo establecido en el artículo 7 del Reglamento IMSS, el cual refiere que *“Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores”.*

64. De hecho, como ya se refirió, esta Comisión Nacional advierte que la TAC practicada a V se realizó 30 horas después del inicio de los síntomas y a las 20 horas de su ingreso a Urgencias del HGZMF No. 18, tiempo suficiente para evidenciar alguna alteración, por lo cual, se puede señalar que la agraviada cursó con urgencia hipertensiva sin lesión a órgano blanco (encéfalo) con hemorragia o isquemia cerebral descartada por tomografía y por valoración neurológica.

65. Ahora bien, a las 00:08 horas del 9 de abril de 2022, mediante nota suscrita por MIP2, se refirió que V presentó episodios de movimientos tónico-clónicos generalizados con fiebre, por lo que se determinó ajustar dosis de midazolam y propofol con lo que cedió el cuadro convulsivo, además se observó que AR5 solicitó interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos de la UMAE No. 71.

66. Dos horas después, V fue valorada por AR6 quien la encontró con tensión arterial 130/70mmHG, frecuencia respiratoria 18, frecuencia cardíaca 88,

temperatura 37 grados y dextrostix 191,²⁶ observando a la paciente con febrícula e hiperglucemia, sin alteraciones en la función respiratoria, cardiovascular y urinaria, con herida mandibular sin datos de infección; asimismo, de acuerdo con los resultados de laboratorio entregados en esa fecha, la referida facultativa advirtió persistencia de leucocitosis, hiperglucemia, leve hipocalcemia,²⁷ hipopotasemia,²⁸ hipomagnesemia,²⁹ por lo que indicó esquema de insulina rápida, ajustando soluciones y continuando medidas de neuroprotección, suspendiendo antibiótico y agregando otro de amplio espectro y estatina.³⁰

67. A las 12:54 horas del 9 de abril de 2022, se observó que V fue valorada por PSP3, quien refirió que la emergencia hipertensiva ya estaba resuelta posterior al paro cardiorrespiratorio estaba indicada la neuroprotección durante 24 horas con ventana neurológica; es decir, retirar los medicamentos para evaluar su estado neurológico el cual el médico desconocía si se había realizado, sugiriendo valoración por esa especialidad y en caso de requerir asistencia ventilatoria el servicio quedaría como interconsultante, valoración que, de acuerdo a la médica de esta Institución, resultó acorde a lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, *“Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos”* que dispone en sus numerales *“5.5.1.1.1 Pacientes que presenten insuficiencia o inestabilidad de uno o más de los sistemas fisiológicos mayores, con posibilidades razonables de recuperación; 5.5.1.1.2 Pacientes que*

²⁶ Dextrostix es como se le conoce a las tiras reactivas y a la técnica utilizada para extraer una pequeña muestra de sangre en el dedo, para determinar los niveles de glucosa en sangre.

²⁷ La hipocalcemia es una afección en la que los niveles de calcio en sangre son bajos. El calcio es una sal importante en muchos sistemas del cuerpo, especialmente en la función del corazón y los músculos.

²⁸ La hipopotasemia es una condición en la que aparecen niveles de potasio séricos inferiores a los valores normales. El potasio, catión imprescindible, facilita la conducción nerviosa y la contracción del músculo liso y esquelético, incluido el corazón.

²⁹ La hipomagnesemia es un desorden electrolítico común en pacientes hospitalizados. Esta se produce por un desbalance entre la absorción gastrointestinal y la excreción renal de magnesio. La principal manifestación de hipomagnesemia son las arritmias cardíacas que de no ser reconocidas y tratadas pueden ser fatales.

³⁰ Las estatinas son fármacos que pueden reducir el colesterol.

presenten alto riesgo: estabilidad en peligro de sistemas fisiológicos mayores con requerimiento de monitoreo; 5.5.1.1.3 Pacientes con la necesidad de cuidados especiales o especializados, que solamente pueden ser brindados en la [Unidad de Cuidados Intensivos]”.

68. Ello fue así, toda vez que en ese momento no había alguna condición documentada que ameritara el ingreso de la agraviada a tratamiento intensivo y sí con manejo aún por establecer, como la ventana neurológica y su respectiva valoración especializada.

69. Al día siguiente, AR6 determinó suspender la sedación para dar inicio de ventana neurológica, continuando con manejo de norepinefrina para mantener tensiones arteriales adecuadas, reportando que a nivel respiratorio, observó la presencia de abundante secreción bronquial a la aspiración, sin alteraciones a nivel cardiovascular ni digestivo, retirando los puntos de sutura que tenía V a nivel mandibular sin salida de secreción o cambios de coloración en la zona.

70. A las 24 horas de permanecer sin sedación, AR2 encontró a V consciente, con apertura ocular espontánea, anisocoria, movilizándolo las cuatro extremidades, con tendencia a hipotensión, taquicardia, afebril, con ventilador en modo asistido controlado por lo que se cambió a “CPap”,³¹ advirtiendo buen esfuerzo respiratorio con saturaciones al 98% debido a la adecuada evolución respiratoria, solicitando interconsulta en la especialidad de anestesiología para llevar a cabo punción lumbar.³²

³¹ Tratamiento de presión positiva en las vías respiratorias.

³² Una punción lumbar es una prueba que se utiliza para diagnosticar determinadas afecciones médicas. Se realiza en la parte baja de la espalda, en la región lumbar. Durante una punción lumbar, se introduce una aguja en el espacio entre dos huesos lumbares (vértebras) para extraer una muestra de líquido cefalorraquídeo. Este es el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal para protegerlos de lesiones.

71. No obstante, a las 14:00 horas, posterior a la colocación de pieza en T con puritán (tubo especial para adoptar aporte de oxígeno y retirar tubo endotraqueal), V presentó taquipnea,³³ con respiraciones superficiales y desaturación del 75%, por lo que se interrumpió la progresión respiratoria y se conectó nuevamente al ventilador.

72. Con el diagnóstico de EVC descartado, a las 18:31 horas del 11 de abril de 2022, personal del área de anestesiología del HGZMF No. 18 realizó punción lumbar a V, sin complicaciones, enviando la muestra obtenida a estudio citoquímico y cultivo. A las 21:30 horas del mismo día, se reportó a la paciente con dificultad respiratoria, murmullo vesicular disminuido en hemitórax izquierdo con radiografía de tórax que mostró atelectasia pulmonar³⁴ del mismo lado, por lo que el tubo orotraqueal con el que contaba se le retiró unos centímetros fuera de la boca, solicitando radiografía de control.

73. De igual manera, de acuerdo a lo señalado por la especialista de este Organismo Nacional, el 11 de abril de 2022, se entregaron resultados de laboratorio practicados a V, en los que se observó hiperglucemia, elevación de azoados indicativos de disfunción renal, disminución de calcio, fósforo, albúmina, potasio y proteínas totales sugerentes de mal funcionamiento hepático, hídrico y metabólico, leucocitosis (por proceso infeccioso o inflamatorio); no obstante, no se advierte en notas médicas su reporte, análisis y ajuste al manejo establecido por los médicos de los diferentes turnos, lo que constituye una inobservancia al *“Procedimiento para la Atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”* el cual refiere que una vez que se reciben los resultados de laboratorio

³³ Taquipnea es el término médico que indica que la frecuencia respiratoria está por encima de los valores normales para su edad. Las situaciones que pueden causar taquipnea son muy variadas y, en muchos casos, están condicionadas por la edad y otras características de la persona.

³⁴ La atelectasia es un colapso completo o parcial del pulmón entero o de una parte (lóbulo) del pulmón. Se produce cuando las pequeñas bolsas de aire (alvéolos) que forman los pulmones se desinflan o posiblemente se llenan de líquido.

impresos, corresponde al médico analizarlos *“para que, de ser necesario, implemente acciones”*.

74. Ahora bien, un día después, el 12 de abril de 2022, AR2 refirió la presencia de broncoespasmo que remitió con broncodilatadoras, observándose en la radiografía de tórax la presencia de atelectasia masiva (colapso parcial o total del pulmón con disminución de su volumen, siendo la más común de tipo obstructivo por hipersecreción o mal manejo de secreciones) en pulmón izquierdo resuelta, con mejoría clínica, por lo que pudo retirarse el tubo endotraqueal aunque se encontraba combativa y con tendencia a la somnolencia.

75. El 13 de abril de 2022, AR2 encontró a V con buena evolución, con disminución progresiva de oxígeno con puntas nasales saturando al 97%, tolerando vía oral pero con pobre ingesta de papilla, tendencia a la somnolencia, con respuesta al estímulo verbal fuerte, apertura ocular espontánea, anisocoria, pupila izquierda midriática, ocasión en la que la citada facultativa recibió los resultados del estudio de líquido cefalorraquídeo con glucosa 198 (valores normales 40-80); es decir, con presencia de hiperglucemia, 86 células de predominio eosinófilos (en condiciones normales no se observan células de este tipo o se considera normal un máximo de 5), sin reporte de proteínas.

76. Consecuentemente, AR2 analizó que la paciente presentaba datos de respuesta inflamatoria sistémica con *“foco de infección probablemente a nivel de sistema nervioso”*, por lo que solicitó valoración por el servicio de neurología una vez que se contara con imágenes, debido a que solo se tenía un video tomado por un celular al momento del estudio, examinación que, como ha quedado señalado con antelación, también fue sugerida tres días antes por PSP3; determinando la referida médica que la agraviada continuaría con tratamiento a base de antibiótico, antipirético y resto de medidas de soporte.

77. El mismo 13 de abril de 2022, ante dicho panorama, AR2 solicitó interconsulta al servicio de neurología de la UMAE No. 71, al determinar que V contaba con diagnóstico de crisis convulsivas de novo, probable neuroinfección y post operada de reconstrucción maxilar inferior por fractura.

78. Sobre esta fase en la atención de la paciente, la especialista de esta Comisión Nacional apuntó que los resultados obtenidos del estudio del líquido cefalorraquídeo no fueron concluyentes, pues la literatura médica especializada menciona que en caso de meningitis bacteriana el líquido suele ser purulento, con aumento de neutrófilos, proteínas y disminución de la glucosa. Que en el caso de infecciones virales, las proteínas se incrementan mientras que la glucosa tiende a ser normal o baja, y aunque no hay un consenso que determine las alteraciones en una entidad y otra, lo cierto es que en el caso de V no se contaba con manifestaciones clínicas ni de laboratorio que orientaran al diagnóstico de infección en sistema nervioso, puesto que la paciente no presentaba datos de infección en región mandibular o rigidez de nuca.

79. Además, el reporte del examen general de orina del mismo 13 de abril de 2022, evidenció leucocitos y eritrocitos incontables, células epiteliales, bacterias y levaduras abundantes, moderadas hifas, urocultivo con desarrollo de "*Cryptococcus laurentii*", lo que reflejaba la presencia de infección en vías urinarias de etiología micótica, cuyos resultados no fueron reportados por AR2 o por los médicos en las notas subsecuentes ni tampoco se hizo referencia a su manejo específico, lo que incumple el "*Procedimiento para la Atención Médica en el Proceso de Hospitalización en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención*", el cual menciona que una vez que se reciben los resultados de laboratorio, el médico debe implementar "*acciones derivado del análisis [...] elabora Nota Médica en el formato Notas médicas y prescripción*".

80. Para el 14 de abril de 2022, AR2 refirió que V presentaba pico febril, ministrando antipirético, manteniéndose en mismas condiciones clínicas referidas en días previos, aún sin respuesta a interconsulta de neurología por lo que continuó con manejo a base de antibiótico de amplio espectro, medidas de soporte y dieta blanda.

81. No pasa inadvertido para esta Comisión Nacional que al día siguiente, AR2 suscribió solicitud para la toma de una segunda tomografía simple de cráneo para V, dirigida al HGZ No. 16; sin embargo, del análisis de las constancias que integran el expediente médico, no se observó respuesta o evidencia de que la misma se haya realizado.

82. De hecho, en su informe rendido a este Organismo Nacional, el IMSS aseveró que *“Al no contar con disco de tomografía el día 15 de abril de 2022 [AR2] solicita nuevamente estudio de [TAC] para descartar probable neuro infección”,* reiterando que *“el primer estudio de tomografía se realizó el 07 de abril de 2022, del cual **no contamos con el mismo ya que los familiares inicialmente no lo encontraban.** El estudio se realizó y se encontraron imágenes grabadas en el celular que se utilizaron para dar manejo a la paciente. Se solicita nuevamente [...] para envío a Neurología. **No encuentro evidencia de negativa de realizarse o que se haya realizado, solo nota donde se encuentra pendiente interpretación del mismo”.***

83. En ese contexto, la especialista de esta Institución puntualizó que si bien es cierto el estudio resultaba útil para identificar algún cambio en el tejido cerebral (en caso de datos de isquemia no manifestados en las primeras horas del ocurrido el evento) y en sospecha de infección, éste aportaría algunos datos acordes al agente patógeno, también lo es que, para ese momento su realización era innecesaria pues de acuerdo a lo manifestado por la GPC-Tratamiento de la EVC *“se sugiere la realización de una tomografía de control **únicamente en estos casos: después de 24 horas posteriores a la trombolización.** En caso de deterioro neurológico posterior a la primera tomografía (descartar conversión hemorrágica o*

complicaciones por edema cerebral”, entidades que en el caso de V, no se acreditaban, pues no contaba con cuadro clínico de irritación meníngea y su estudio de líquido cefalorraquídeo no arrojó datos de infección bacteriana en ese momento, en suma a que para entonces ya habían transcurrido más de 24 horas.

84. El 16 de abril de 2022, AR6 asentó en su nota que V presentaba cifras de tensión arterial de 99/63, tolerando dieta líquida, con hiperglucemia, consciente, orientada con tendencia a la somnolencia, con picos febriles, registrando presencia de leucocitos de 24mil, hemocultivo con reporte pendiente y reportó los resultados del examen general de orina, del que se desprendieron datos de infección y crecimiento de *“Cryptococcus laurentii”*, además de líquido cerebro espinal sin crecimiento en cultivos y por los hallazgos en su estudio citoquímico orientó el diagnóstico a una infección viral.

85. Por lo anterior, AR6 ajustó tratamiento a base de dosis de antihipertensivos, esquema de insulina, ministrando fluconazol y antiviral, además de emitir diagnósticos de *“estado post reanimación, emergencia hipertensiva/crisis convulsivas, Diabetes Mellitus tipo 2, fractura mandibular post operada de reconstrucción, infección de vías urinarias, dislipidemia,³⁵ hipertrigliceridemia³⁶ e hipoalfalipoproteinemia³⁷”*.

86. De acuerdo a la médica de esta Institución, hasta ese momento se había descartado la hemorragia e isquemia cerebral en V, pues no se contaba con datos

³⁵ La dislipidemia (o dislipemia) es una concentración elevada de lípidos (colesterol, triglicéridos o ambos) o una concentración baja de colesterol rico en lipoproteínas (HDL).

³⁶ Es el aumento de triglicéridos plasmáticos en ayunas superior a 175 mg/dL. Las causas más frecuentes son el sobrepeso-obesidad, el exceso de alcohol, una dieta elevada en hidratos de carbono (60% o más de las calorías totales) especialmente si son refinados y la inactividad física.

³⁷ Por definición, el término hipoalfalipoproteinemia corresponde a concentraciones plasmáticas de C-HDL por debajo de la décima percentila ajustada por la edad y sexo del sujeto. En términos prácticos, un C-HDL < 35 mg/dL se había considerado como hipoalfalipoproteinemia.

de infección de sistema nervioso central de tipo bacteriana por la ausencia de signos meníngeos y alteraciones citoquímicas en el líquido cefalorraquídeo.

87. Igualmente, al no tener datos de ejecución de la segunda tomografía, se insistió en explicar las alteraciones a una infección de etiología viral, de la cual, de acuerdo a lo precisado por la GPC-Tratamiento y Prevención de la Meningitis, los estudios orientadores para diferenciar un proceso bacteriano del viral son la “*aglutinación en látex*” (en casos de sospecha de infecciones por bacterias atípicas), la “*reacción en cadena de polimerasa*” (PCR) en líquido cefalorraquídeo siendo la más útil para diferenciar entre una meningitis bacteriana de una viral y así discontinuar el manejo antimicrobiano por nula respuesta al mismo, la “*determinación de proteína C reactiva*”, la “*determinación de procalcitonina sérica*” y “*tinción de Gram*”; sin embargo, no se cuenta con evidencia de que éstos se hayan realizado, lo cual, denotó la falta de certeza diagnóstica con el subsecuente manejo inadecuado, por lo que se incumplió con lo referido en la mencionada Guía.

88. Tocante a ello, la SCJN ha comentado que el hecho de llevar a cabo un diagnóstico sin la diligencia debida por parte del personal médico constituye a su vez, un riesgo innecesario para el derecho de la salud de los pacientes, tal como ocurrió en el caso que nos ocupa.³⁸

89. Sobre este punto, la especialista de esta Comisión Nacional concluyó que la presencia de eosinófilos en líquido cefalorraquídeo sugería otros diagnósticos, como la meningitis eosinofílica, considerada extremadamente rara y predominante en edades pediátricas de posible etiología autoinmune, o infecciones como cisticercosis, para lo cual, también eran necesarios otros estudios que tampoco se realizaron.

³⁸ SCJN. Tesis Aislada (Civil). “*ACTO MÉDICO. MEJOR DECISIÓN POSIBLE PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA*”, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, 28 de noviembre de 2012. Registro: 2002441.

90. Asimismo, no se cuenta con registro en las notas médicas sobre la identificación, análisis y manejo de la elevación de leucocitos, sodio, creatinina, presencia de picos febriles y alteraciones respiratorias como espasmos bronquiales, etiología de la atelectasia masiva y acumulación de secreciones que, a pesar de haber sido reportados desde el 8 de abril de 2022, AR2 y AR6 solamente se limitaron al manejo de una posible infección del sistema nervioso de manera errónea.

91. Por lo anterior, la médica de esta Comisión Nacional concluyó que si bien es cierto la atención médica en torno al manejo de la urgencia hipertensiva y de la sospecha de EVC fue adecuada, al haberse descartado dichos diagnósticos, el manejo médico de la paciente se tornó inadecuado y deficiente.

92. Para el 17 de abril de 2022, AR6 refirió a V tolerando puntas nasales, con picos febriles, cifras de glucemia en parámetros normales, hipotensa, en la exploración física con estertores finos de predominio hemitórax izquierdo, describiendo como debilidad muscular leve de la extremidad inferior derecha, sensibilidad conservada, signos de Babinski y sucedáneos, Homans (dolor en la pantorrilla o en el tendón de Aquiles con la dorsiflexión del pie con la pierna en extensión) y Ollow (dolor causado a la opresión de los músculos de la pantorrilla contra el plano óseo) positivos bilaterales, signos sugestivos de enfermedad trombótica en extremidades inferiores, por lo que determinó suspender antihipertensivos, ajustando soluciones y aportes de electrolitos, sin cambios en la cobertura de antibiótico, antifúngico y antiviral, refiriendo que se encontraba pendiente el resultado de hemocultivo, así como su envío a neurología, ya que dicho servicio solicitaba el reporte escrito de la tomografía de cráneo.

93. Para el 18 de abril de 2022, AR7 y AR8 reportaron a la paciente como polipnéica, febril, con hiperglucemia, estreñimiento, desaturación hasta del 82%, por lo que se colocó mascarilla reservorio a 5 filtros por minuto, sin alteraciones en campos pulmonares, abdomen y extremidades con disminución de la fuerza

muscular, señalando que de la radiografía de tórax que le fue practicada con antelación, únicamente se observó *"cardiomegalia"*³⁹ sin datos de afectación pulmonar que explicara la desaturación, reportándola grave.

94. El 19 de abril de 2022, AR2 nuevamente atendió a V, ocasión en la que señaló que la paciente evolucionaba de forma tórpida, sin apertura ocular espontánea, encontrándola con mascarilla reservorio a 10 litros. Cabe precisar que en este punto, dicha persona servidora pública apuntó que, con relación a la valoración de Neurología, la misma no fue aceptada por no contar con el estudio físico de tomografía, que fue solicitada resonancia magnética con fecha pendiente; no obstante, de las documentales que integran el expediente clínico, no se observa solicitud para llevar a cabo ese estudio.

95. En ese contexto, la especialista de este Organismo Nacional señaló que si bien en la misma fecha AR2 solicitó interconsulta al HGZ No. 16 para la toma de una tomografía simple y contrastada de abdomen, a efecto de buscar algún foco infeccioso a ese nivel, por cuanto hace a la solicitud de interconsulta al servicio de neurología de la UMAE No. 71, del informe rendido por el IMSS a esta Institución el 2 de diciembre de 2022, se desprendió que *"Después de una búsqueda exhaustiva tanto manual como electrónica no existe evidencia en nuestros archivos de dicha solicitud"*, lo cual confirmó que el requerimiento no fue recibido y lo señalado por la facultativa sobre que no fue aceptada por no contar con la tomografía; es decir, la ausencia impresa del estudio, condicionó el rechazo a una valoración especializada.

96. No obstante lo anterior, el Reglamento de la LGS señala en su artículo 74 que *"Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure*

³⁹ El término *"cardiomegalia"* se refiere a un corazón dilatado que se ve en cualquier prueba por imágenes, incluida una radiografía de tórax. Luego, se necesitan otras pruebas para diagnosticar la afección que está causando la dilatación del corazón.

su tratamiento y que estará obligada a recibirlo”; por lo tanto, no pasa inadvertido para este Organismo Nacional que la negativa de recepción de V como paciente con un problema neurológico por parte del personal de la UMAE No. 71, trastocó su derecho de la salud.

97. Para el 20 de abril de 2022, AR5 hizo referencia a la resonancia magnética con reporte pendiente de proporcionar, así como necesidad de estudio ecográfico Doppler de miembro pélvico derecho para descartar proceso trombótico; sin embargo, no se cuenta con las documentales que permitan conocer si se llevó a cabo o no.

98. Al día siguiente, AR2 reportó a la agraviada con escala de Glasgow de 8 puntos, febril, crépitos basales derechos (sonidos burbujeantes transmitidos durante alguna fase de la respiración por acumulación de secreciones en bronquiolos y alveolos), saturando al 95%, taquipnéica, taquicárdica, señalando nuevamente el rechazo de la paciente por parte de la UMAE No. 71 debido a la ausencia de tomografía de cráneo; no obstante, se observó que por adscripción le correspondía el HGZ No. 16, mismo que aceptó a la paciente. Así, en la misma fecha se realizó el traslado de V, agregando AR2 el diagnóstico de *“choque séptico, foco infeccioso pulmonar, neumonía derecha intrahospitalaria”*.

99. En este punto, la especialista de esta Comisión Nacional observó que el envío solicitado y rechazado en dos ocasiones no fue a la unidad hospitalaria adecuada, omisión de la cual el personal encargado de autorizar y gestionar las referencias no se percató, pues si bien es cierto su referencia a la especialidad que requería en ese momento era válida, la dilación en canalizar a V a la clínica que le correspondía favoreció el retraso en su manejo especializado, por lo que, con su actuar se contravino lo establecido en el artículo 33, fracción II de la Ley General de Salud, el cual prevé que las actividades de atención médicas son, entre otras, *“II. Curativas,*

que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”.

100. Ahora bien, de las constancias que conforman el expediente clínico de V, se desprendió que el 20 de abril de 2022 se efectuó tomografía de abdomen en medio privado, en donde un especialista en radiología reportó como hallazgos: *“lóbulos pulmonares inferiores zonas de ocupación alveolar que tienen a la confluencia, que por imagen sugieren proceso neumónico, colapso de segmento posterior del lóbulo pulmonar inferior derecho [...]”*, lo que de acuerdo a la médica de esta Comisión Nacional confirmó la presencia de neumonía de predominio derecho y atelectasias en sus lóbulos inferiores y posteriores, lo que explicaba las alteraciones clínicas presentadas por la paciente tales como fiebre, desaturación, polipnea, estertores, leucocitosis, mismas que han sido descritas con antelación.

101. Además, la presencia de litiasis o piedras en los riñones sin obstrucción de la vía urinaria y un proceso inflamatorio de la vejiga, reforzaron los hallazgos en el examen general de orina ya señalados (incluyendo un cultivo positivo de *“Cryptococcus laurentii”*, datos sugestivos de diverticulitis y una imagen anormal del sitio anatómico de la tuba ovárica izquierda sin datos de agudización o urgencia.

102. Por tanto, la especialista de esta Comisión Nacional concluyó que la atención médica brindada a V durante su estancia en el servicio de medicina interna del HGZMF No. 18 por AR2, AR6, AR7 y AR8, fue inadecuada, al no solicitar valoración neurológica dadas las condiciones de ingreso de la agraviada a ese servicio y continuar con el manejo de entidades no presentes (EVC y neuroinfección).

103. De hecho, para ese momento, V contaba con un proceso infeccioso en al menos dos sistemas: respiratorio (neumonía) y urinario (infección micótica) sin respuesta a los medicamentos establecidos de manera empírica, observando incluso que, posterior al 11 de abril de 2022, durante su permanencia en el servicio

de Medicina Interna, no se realizaron estudios de laboratorio de control adicionales, pues ya se evidenciaba el desequilibrio hidroelectrolítico y metabólico (aumento de sodio, urea, creatinina, disminución de fósforo, potasio y otros), lo que favoreció el deterioro progresivo de su salud pues no se llevaron a cabo medidas orientadas a su corrección de manera oportuna.

104. Por tanto, al desestimar los datos que presentaba V y sumado a las omisiones antes descritas, el actuar de AR2, AR6, AR7 y AR8 favoreció el deterioro en la salud de la paciente con el desarrollo de falla orgánica múltiple, choque séptico y estado hiperosmolar, que más adelante se analizará, vulnerando así lo establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud, el cual menciona que las actividades de atención médica son: “[...] *II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; [...] IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario*”, trastocando su derecho de protección de la salud.

- **Ingreso de V al servicio de Urgencias del HGZ No. 16**

105. El 21 de abril de 2022, se efectuó el envío de V al HGZ No. 16, a su arribo fue atendida por PSP5, quien la recibió en malas condiciones generales, con deterioro neurológico, sin responder a órdenes ni verbalizar, pupilas de 5mm arreflécticas (sin respuesta a la luz), febril, saturando al 90% con mascarilla reservorio a 10 litros, datos de dificultad respiratoria con estertores a la aspiración (ruidos correspondientes a la acumulación de secreciones), movimientos respiratorios disminuidos, sin alteraciones a nivel abdominal y urinario, solicitando interconsulta a neurología, reportándola grave y estableciendo como diagnósticos “*probable neuroinfección, Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica en control*”, indicando tratamiento con ceftriaxona y continuar con anticomicial, antiviral,

fungicida, antipirético, protector gástrico, vasopresor, así como estudios de sangre, electrocardiograma tele radiografía de tórax y control de temperatura por medios físicos.

106. Dos horas después de su ingreso, a las 15:15 horas V fue valorada por PSP6, quien encontró a la paciente somnolienta hipoactiva con anisocoria a expensas de midriasis bilateral, con pupila derecha de 7.5mm e izquierda de 6mm, reflejo palmo mentoniano izquierdo, respuesta plantar indiferente, sin rigidez de nunca ni signos meníngeos, refiriendo que en la tomografía de cráneo grabada con celular no se encontró alteraciones y no se contaba con placas ni disco compacto.

107. Asimismo, dicho galeno comentó que el líquido cefalorraquídeo presentaba hiperglucorraquia,⁴⁰ pero sin datos de proceso infeccioso, además de encefalopatía, fiebre y convulsiones sin datos adicionales sugestivos de encefalitis, así como, no tener signos de meningitis⁴¹ o datos de neuroinfección por clínica, neuroimagen, ni en líquido cefalorraquídeo, de tal forma que la fiebre fue derivada de proceso infeccioso pulmonar, mientras que la encefalopatía se debió al desequilibrio hidroelectrolítico, contando con anemia, falla renal por elevación de azoados y con niveles de glucosa de 222mm.

108. Bajo ese contexto, PSP6 determinó que no ameritaba el internamiento de V en neurología, sugiriendo seguimiento por Medicina Interna y reportando a la paciente muy grave con alto riesgo de complicaciones y muerte, actuación de acuerdo a lo manifestado por la especialista de esta Comisión Nacional, resultó acorde a lo señalado en la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de

⁴⁰ La hiperglucorraquia (niveles altos de glucosa en líquido cefalorraquídeo) se observa en la diabetes, la encefalitis, la virosis (meningitis, poliomiéltis) y la uremia.

⁴¹ La meningitis es la inflamación de los tejidos que rodean el cerebro y la médula espinal. Suele deberse a una infección, puede ser mortal y requiere atención médica inmediata. Hay varias especies de bacterias, virus, hongos y parásitos que pueden causarla. La mayoría de estas infecciones se transmite entre personas.

la Cetoacidosis Diabética y el Estado Hiperglucémico Hiperosmolar en Población Mayor de 18 años de edad, la cual menciona que *“Se recomiendan como criterios diagnósticos de [Estado Hiperglucémico Hiperosmolar] glucosa >600 mg/dl, osmolaridad sérica > 320 mOsm/Kg, cetonas: bajas, bicarbonato > 15mmol/l, cambios en el estado mental presentes [...] sugiere que la presencia de uno o más de los siguientes datos indican la necesidad de admisión a una unidad o área hospitalaria donde el paciente pueda tener monitoreo constante: osmolaridad > 350 mOsm/Kg, sodio >160 mEq/l, pH venoso/arterial <7.1, hipocalcemia <3.5 mEq/l o hipercalcemia > 6mEq/l, Escala de coma de Glasgow < 12 o AVDN anormal (Alerta, Verbal, Dolor, No responde), saturación de oxígeno < 92%, presión arterial sistólica < 90 mmHg, pulso < 60 lpm o > 100 lpm, uresis < 0.5 ml/kg/h, creatinina sérica >2 mg/dl, hipotermia, Evento macrovascular (infarto, [EVC]), otras comorbilidades serias o complicadas”*.

109. En ese sentido, la especialista de este Organismo Nacional señaló que de acuerdo a la literatura médica especializada, los dos principales factores precipitantes del estado hiperglucémico hiperosmolar son la infección urinaria y la neumonía, ambas patologías presentes en V que no fueron manejadas de manera oportuna como ya se ha descrito con antelación.

110. Lo anterior se confirma con la nota agregada a las 18:00 horas, en la que se reportaron resultados de laboratorio de V en los cuales se evidenció leucocitos 20.95, hemoglobina 8.3, plaquetas 169mil, glucosa 222, urea 81, creatinina 3.02, filtrado glomerular 16.6, sodio 177, potasio 2.3, color 145, calcio 6.3, albúmina 1.1, osmolaridad 379.9 (calores normales 275-295 mOsm/kg); es decir, leucocitosis, desequilibrio hidroelectrolítico, enfermedad renal en estadio IV, con alta osmolaridad⁴² por las mismas alteraciones metabólicas e hiperglucemia,

⁴² Concentración de partículas disueltas en un líquido. La osmolalidad del suero puede ayudar a diagnosticar varias enfermedades tales como la deshidratación, la diabetes y choques.

determinándose mantener con manejo establecido, cuidados de enfermería, vigilancia de patrón respiratorio e ingreso a piso de Medicina Interna.

- **Ingreso de V al servicio de Medicina Interna del HGZ No. 16**

111. De las notas que conforman el expediente clínico de V, se advierte que durante el turno nocturno del 21 de abril de 2022, la paciente presentó deterioro neurológico, malas condiciones generales, desaturación del 87% a pesar de contar mascarilla de oxígeno, diagnosticándose con *“choque séptico secundario a neumonía asociada a cuidados de la salud, desequilibrio hidroelectrolítico y falla orgánica múltiple”*.

112. En ese contexto, PSP5 solicitó consentimiento de QVI2 a efecto de llevar a cabo procedimiento de intubación orotraqueal y reanimación, ante lo cual, la familiar de V firmó carta de disentimiento informado, manteniéndose solamente con oxígeno suplementario a la paciente.

113. Finalmente, a las 09:05 horas del 22 de abril de 2022, V presentó respiraciones superficiales, polipnea y bradicardia hasta llegar a la asistolia,⁴³ por lo que, debido al disentimiento informado previamente señalado, personal médico del HGZ No. 16 no llevó a cabo maniobras de reanimación, declarándose la defunción de la paciente bajo los diagnósticos de *“encefalopatía metabólica, hipernatremia y neumonía asociada a los cuidados de la salud”*, tal como fueron asentados en el certificado de defunción de la agraviada.

114. Al respecto, la especialista de esta Institución detalló que la encefalopatía metabólica se desarrolla por múltiples factores, siendo los principales el aumento de urea, hiponatremia, insuficiencia renal y hepática, hipoxemia, hipercalcemia, hipomagnesemia, sepsis, entre otros, por lo que, en el caso de V, la paciente

⁴³ Ausencia total de sístole cardíaca, con pérdida completa de la actividad. Es una de las formas de paro cardíaco.

presentó hipernatremia e insuficiencia renal aguda, las cuales no fueron detectadas en el HGZMF No. 18 mediante estudios de laboratorio de control, por lo tanto, no se manejaron de forma oportuna.

115. Asimismo, al contar con estudios de laboratorio y gabinete que descartaron el EVC y el proceso infeccioso a nivel del sistema nervioso central, no se consideraron otras posibilidades diagnósticas, siendo evidente la imposibilidad de detectar un descontrol metabólico si no se contaba con estudios de sangre de manera consecutiva.

116. Finalmente, del análisis a las evidencias que antecedentes, la especialista de este Organismo Nacional determinó que existió una atención médica inadecuada por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR6, AR7 y AR8, al omitir la valoración neurológica que requería V, dadas las condiciones de ingreso de la paciente a los servicios de urgencias y de medicina interna del HGZMF No. 18, sumado a la desestimación de las alteraciones metabólicas que presentaba, lo que favoreció el deterioro de su estado de salud y por ende, conllevó a su fallecimiento; por lo cual, dichos facultativos incumplieron en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27 fracción III, 32, 33 fracción II, 51 y 77 bis 37, fracción II de la Ley General de Salud; 48 del Reglamento de la LGS y; 7 del Reglamento IMSS que, en términos generales, establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a protección de la salud en agravio de V.

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

117. La CrIDH ha señalado que el derecho a la vida se halla directa e indirectamente vinculado con la atención a la salud humana.⁴⁴ Asimismo, dicha Corte ha precisado que se trata de un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos; por lo cual, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho.⁴⁵

118. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y el artículo 29 de la CPEUM, en cuanto que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

119. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: la obligación del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria (deber negativo), así como adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen (deber positivo).

⁴⁴ CrIDH. “*Caso Vera Vera y otras vs. Ecuador*”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

⁴⁵ CrIDH. “*Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile*”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párrafo 145.

120. En tal virtud, las consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, AR6, AR7 y AR8, deben ser reproducidas como el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

121. Tal como consta en la Opinión Médica efectuada por la especialista de esta Comisión Nacional una valoración neurológica oportuna pudo favorecer un manejo adecuado de V, orientado a una entidad patológica más específica y con ello establecer un diagnóstico certero en la paciente; sin embargo, ello no ocurrió debido a la omisión por parte de AR1, AR3 y AR4, en el servicio de Urgencias del HGZMF No. 18, quienes pasaron por alto las complicaciones desarrolladas por la agraviada.

122. Sumado a ello, V no cursó con un EVC de tipo hemorrágico o isquémico, ni tampoco con una infección en el sistema nervioso central, entidades descartadas por PSP6 en su valoración, por lo que, las alteraciones descritas como leucocitosis, fiebre y convulsiones que desde un principio se evidenciaron, en su lugar correspondieron a un proceso infeccioso de origen pulmonar con datos clínicos referidos desde los primeros días a su ingreso al servicio de Medicina Interna del HGZMF No.18, así como, una alteración metabólica por falla renal y descontrol glucémico, mismas que fueron desestimadas, pues no se realizaron estudios de control posteriores, en consecuencia, no fueron identificadas ni manejadas de manera oportuna.

123. Igualmente, la referida médica señaló que V presentó infección urinaria por "*Cryptococcus laurentii*" sin aparente respuesta al tratamiento farmacológico establecido, lo que derivó en la persistencia de ambos procesos infecciosos hasta el desarrollo de falla orgánica múltiple y choque séptico, de igual forma, la hipernatremia, hiperglucemia e hiperazoemia⁴⁶ desencadenaron el estado

⁴⁶ Exceso de urea en la sangre.

hiperosmolar, padecimientos que en conjunto y por su misma naturaleza ocasionaron el fallecimiento de la paciente.

124. Cabe precisar que en su análisis, la especialista señaló que el 21 de abril de 2022, AR2 reportó el rechazo de V por parte de la UMAE No. 71 debido a la ausencia de tomografía de cráneo; no obstante, por adscripción le correspondía el HGZ No. 16, situación que aconteció en al menos dos ocasiones, sin que el personal encargado de autorizar y gestionar las referencias se percatara de dicho error.

125. Así, si bien es cierto el envío de la paciente a una unidad médica con la especialidad requerida fue adecuado, la dilación generada al intentar canalizar a V a una clínica que no le correspondía, generó así un retraso en su manejo especializado.

126. De esta manera, el conjunto de omisiones descritas con anterioridad, conllevaron a un deterioro en la salud de V, lo que propició que el 22 de abril de 2022, la agraviada presentara respiraciones superficiales, polipnea y bradicardia hasta llegar a la asistolia, declarándose defunción con los diagnósticos de *“encefalopatía metabólica, hipernatremia y neumonía asociada a los cuidados de la salud”*.

127. En ese sentido, el personal médico antes mencionado incumplió lo previsto en el artículo 1º, párrafo primero y 29 de la CPEUM; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3º de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en relación con el diverso 7º del Reglamento IMSS; al haber omitido adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de V.

C. Violación al derecho de acceso a la información en materia de salud en agravio de V, de QVI1, QVI2 y PVI

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

129. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017, esta Comisión Nacional consideró que *“[...] los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”*.⁴⁷

130. Por su parte, la CrIDH ha señalado que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*.⁴⁸

131. Sumado a ello, dicho Tribunal Interamericano ha descrito que los prestadores de salud deberán informar al paciente, al menos, sobre: i) la evaluación del diagnóstico; ii) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; iii) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos

⁴⁷ CNDH. *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, 31 de enero de 2017.

⁴⁸ CrIDH. *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

secundarios del tratamiento alternativo propuesto; v) las consecuencias de los tratamientos, y vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento.⁴⁹

132. Asimismo, la NOM-Del Expediente Clínico establece que éste “[...] es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección a la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente [...] integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos [...] mediante los cuales se hace constar [...] las [...] intervenciones del personal [...] el estado de salud del paciente [...] datos acerca del bienestar físico, mental y social”.⁵⁰

133. En el caso particular, la especialista de este Organismo Nacional advirtió que el 7 de abril de 2022, AR3 procedió a explicar a familiares de V sobre la gravedad y mal pronóstico que en ese momento la paciente presentaba, por lo cual, solicitó de su consentimiento para que en caso de ser necesario, se llevaran a cabo procedimientos de intubación y maniobras de reanimación, tal como quedó asentado en el formato correspondiente; sin embargo, se advierte que el mismo se encuentra mal requisitado, pues el facultativo omitió asentar la fecha de dicho documento.

134. Igualmente, en esa misma fecha, AR3 determinó manejo avanzado de la paciente vía aérea y colocación de catéter venoso central, solicitando igualmente el consentimiento de QVI2; no obstante, se observó que dicho formato correspondiente tampoco tenía la fecha en que se llenó.

⁴⁹ CrIDH. “Caso *I. V. vs Bolivia*”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016, párrafo 189.

⁵⁰ NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. México, D.F., a 29 de junio de 2012, 0 Introducción, párrafo tercero.

135. En ese tenor, la omisión de AR3 incumplió lo establecido en el numeral 10.1.1.3 de la NOM-Del Expediente Clínico, el cual refiere que, entre los requisitos que deben contener, está el de *“Lugar y fecha en que se emite”*.

136. Por otro lado, la especialista de este Organismo Nacional mencionó que a su ingreso al servicio de Medicina Interna del HGZMF No. 18, AR2 refirió que *“De acuerdo a notas de expediente ya se realizó [TAC] de cráneo, se solicita cd a familiar pero comenta que lo tiene otra hija de la paciente, se indica traerlo para poder revisarlo [...] Solicitamos de nuevo el CD para en caso de no encontrar contraindicación realizar punción lumbar para toma de muestra de [LCR] y estudio del mismo”*.

137. En este punto, cabe resaltar que QVI1 en su queja presentada ante esta Comisión Nacional el 21 de abril de 2022, expuso que diez días antes le habían practicado a V una tomografía, agregando que *“dicho estudio no lo encuentran y el médico especialista lo pide”*; sumado a ello, el 27 de octubre del mismo año QVI2 también interpuso queja en la que detalló que *“se les perdió un disco de la primera tomografía que le hicieron y apareció más de una semana después y durante todo ese tiempo no sabían cuál era la mejor manera de tratarla”*.

138. En torno a ello, en su informe rendido ante esta Comisión Nacional el 25 de mayo de 2022, el IMSS abundó que el 8 de abril de ese mismo año, se solicitó disco de tomografía para revisión *“el cual familiar comenta que lo tiene otra hija de la paciente, se solicita traer disco a la unidad para revisión y valorar punción lumbar para descartar neuroinfección”*.

139. Al respecto, en su informe, PSP4 comentó: *“no contamos con imágenes de la tomografía ya que al momento de realizarse, tanto el disco como la interpretación se entrega al paciente para que con ella se presente a la cita médica y el médico tratante pueda analizar el caso”*.

140. En ese orden de ideas, la médica de esta Institución considera que el estudio no se realizó a una paciente ambulatoria de consulta externa, sino que se trató de una referencia de una paciente ingresada en el servicio de Urgencias, con síntomas de deterioro neurológico e intubada, por lo que sus condiciones no eran las adecuadas para, como lo mencionó PSP4, recibir una interpretación y un disco compacto. Aunado a ello, no se desprendió evidencia escrita de la recepción de los resultados por terceras personas.

141. Sobre este punto, el Reglamento IMSS, en su artículo 6 establece que la información de los expedientes clínicos debe ser resguardada en los equipos informáticos, por lo tanto, de acuerdo a la especialista de este Organismo Nacional, al no proporcionar y anexar al expediente clínico de V los resultados (imágenes e interpretación) del estudio de tomografía, el personal de radiología e imagen del HGZ No. 16 contravinieron lo señalado en el citado precepto, así como de lo indicado por la NOM-Del Expediente Clínico, que en su numeral 6 *“Del expediente clínico en consulta general y de especialidad”*, prevé que éste deberá contar, entre otras cosas, con: *“6.2.3 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente”*.

142. Por otra parte, de la integración del expediente clínico de V, este Organismo Nacional advierte que en notas de 7 y 9 de abril de 2022, no se observó el nombre y firma del médico de base que la elaboró, sino de MIP1 y MIP2, de las que, la primera reportó a V como grave con pronóstico malo para la vida y la función, así como, alto riesgo de fallecimiento, en tanto que la segunda de las mencionadas, abundó que a las 00:08 horas, la paciente presentó episodios de movimientos tónico-clónicos generalizados con fiebre, ajustándose dosis de medicamento, con lo que cedió el cuadro convulsivo.

143. Sobre el particular, en informe remitido por el IMSS a esta Comisión Nacional, se señaló que AR9 era el responsable de la supervisión de MIP1 y MIP2; sin

embargo, el hecho de que haya omitido asentar su firma en las notas clínicas de 7 y 9 de abril de 2022, se traduce en la ausencia de expresión de su conformidad respecto a las acciones realizadas con motivo de la atención brindada V.

144. Esta Comisión Nacional ha descrito con anterioridad que la carencia de personal de salud, y en general de recursos humanos, genera de manera significativa que estudiantes de medicina o de alguna especialidad presten el servicio de salud a derechohabientes, sin la supervisión adecuada, lo que en algunos casos trae como resultado daños en la salud de las personas.⁵¹

145. Asimismo, se ha mencionado que los médicos profesores, responsables de las residencias de especialización, así como los residentes e internos, se alejan de sus deberes legales y de respeto al derecho a la protección de la salud, al no cumplir con las etapas de instrucción y adiestramiento previstas para llevar a cabo el programa operativo vigente en la unidad médica receptora de residentes, y ejercen su profesión sin encontrarse sujetos a una supervisión adecuada, negligencia que es resultado directo de la falta de recursos materiales para elevar el nivel de salud en el país y que redundando en la falta de capacitación y responsabilidad del personal de salud.

146. De esta manera, no pasa inadvertido para este Organismo Nacional que de las constancias que integran el expediente de queja, se advirtió que al no obrar firma de AR9 como responsable de la atención brindada a V en esas fechas, y en su lugar haber efectuado dicho servicio MIP1 y MIP2, se incurrió en inobservancia de la NOM-Educación en salud, específicamente el relativo a las “*Disposiciones para los profesores titular y adjunto*”, que en el numeral 9.3.1 señala que es su obligación “*Coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo correspondiente*”.

⁵¹ CNDH. “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, noviembre de 2018, pág. 19.

147. Por otro lado, se observó que dentro del expediente clínico de V, no obra nota de evolución de 15 de abril de 2022, lo que de igual forma contraviene lo mencionado en el numeral 6 de la NOM-Del Expediente Clínico, el cual señala que deberá contar con *“6.2 Nota de evolución”*.

148. Seguido a ello, el 19 de abril de 2022, AR2 refirió que en esa fecha la familiar de V encontró al paciente más despierta a comparación de los días anteriores, solicitando que no fuera reanimada, por lo que se entregó carta de disentimiento informado, misma que no se encuentra agregada al expediente clínico de la paciente, por lo que, la ausencia de dicha documental resulta en una inobservancia al numeral 10 de la NOM-Del Expediente Clínico, el cual señala que además de los documentos mencionados, debido a que sobresalen por su frecuencia, pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario que por ser elaborados por personal médico, técnico o administrativo, obligatoriamente deben formar parte del expediente clínico, como lo son *“10.1 Cartas de consentimiento informado”*.

149. Al día siguiente, el AR5 hizo referencia a la necesidad de practicar a V estudio ecográfico Doppler de miembro pélvico derecho para descartar proceso trombótico; sin embargo, no se encuentran las solicitudes, imágenes, interpretaciones ni referencias de dichos estudios, por lo que se desconoce su realización, el lugar y hallazgos de éstos, trastocando así lo señalado en el artículo 8 del Reglamento IMSS, el cual dispone que *“El personal de salud [...] deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes. Para tal efecto, cumplirá con lo dispuesto en la Ley y en la Norma Oficial Mexicana correspondiente, así como en la normatividad y procedimientos institucionales en la materia”*.

150. Finalmente, no pasa inadvertido para este Organismo Nacional que, en adición a las omisiones antes descritas, en la elaboración de sus notas médicas, personal del HGZMF No. 18 y del HGZ No. 16, pasó por alto asentar el nombre completo y

cargo de cada facultativo, sin tomar en cuenta la importancia de que dichos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos, vulnerando así lo establecido en la NOM-Del Expediente Clínico en su numeral 5.10, el cual se especifica que *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables”*, trastocando el derecho de acceso a la información en materia de salud en agravio de V, QVI1, QVI2 y PVI.

D. RESPONSABILIDAD

D.1. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

151. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° Constitucional, *“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”*.

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

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

154. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que el derecho de la salud se rige por diversos principios y normas rigurosas que incluyen, entre otros, la “Accesibilidad”, entendiéndose que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos.⁵²

155. La NOM-Infraestructura afirma que las características de la infraestructura física, instalaciones, mobiliario y equipamiento con que cuentan los hospitales y consultorios para la atención médica especializada a los que se refiere esta norma, se constituyen en elementos básicos para que los prestadores de servicios para la atención médica de los sectores público, social y privado puedan ofrecer a los usuarios calidad, seguridad y eficiencia, ya que, a través del aseguramiento de estas acciones, la autoridad sanitaria puede garantizar el derecho a la protección de la salud.

156. En el caso concreto, se observa que el 6 de abril de 2022, AR1 solicitó se practicara TAC de cráneo simple a V, mediante hoja de referencia del HGZMF No. 18 al HGZ No. 16, en la que se observa en su anverso sello y firma de PSP9, quien detalló “*se presenta caso a [HGZ No. 16] vía telefónica al [PSP1] el cual comenta no contar con radiólogo en turno nocturno para estudio. Presentar en turno matutino*”.

⁵² ONU. Consejo Económico y Social. Observación General No. 14 “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, 11 de agosto de 2022, pág. 4.

157. En ese sentido, la especialista de este Organismo Nacional observó que dicha unidad médica no contaba con el servicio de tomografía; no obstante, la solicitó a otra unidad, donde tampoco se contaba con personal médico de radiología, lo cual, en ese momento se consideraba urgente, tal como lo menciona el artículo 94 del Reglamento IMSS, el cual precisa que *“Cuando para la atención de un derechohabiente no se disponga en las unidades médicas de una Área Médica, de los especialistas o de los medios de diagnóstico o terapéuticos necesarios, se procederá al traslado del paciente al hospital general de subzona, zona o regional, de conformidad con el esquema de regionalización de los servicios de atención médica determinados para cada Área Médica, o a la unidad médica de alta especialidad que corresponda”*.

158. Empero, al no haberse conseguido hospital alguno de forma inmediata para que se realizara a V el estudio referido con la premura propia que la GPC-Tratamiento de la EVC indica; dicha omisión contravino lo establecido en el artículo 5, párrafo segundo del Reglamento IMSS, el cual prevé que *“El Instituto otorgará atención médica de urgencia al derechohabiente en cualquiera de sus unidades médicas que cuenten con este servicio, independientemente de su adscripción, hasta su estabilización, egreso o posibilidad de traslado o referencia a la unidad que, por la complejidad de su padecimiento y por la zonificación de los servicios, le corresponda”*, responsabilidad que es atribuible institucionalmente al IMSS.

159. Asimismo, derivado del análisis realizado por la médica de esta Institución, consta en registros de enfermería que los días 10 y 11 de abril de 2022, no se administró a V dosis de antibiótico de amplio espectro (meropenem),⁵³ bajo el argumento de *“desabasto de medicamento”*.

⁵³ Meropenem es un antibiótico de amplio espectro, utilizado para tratar una gran variedad de infecciones, como meningitis y neumonía.

160. En ese sentido, y retomando lo señalado por la citada especialista, si bien es cierto, el manejo farmacológico hasta ese momento se estableció de manera empírica, el administrar esquemas antibióticos incompletos favorece la no curación y resistencia de los agentes patógenos a los fármacos, por lo cual, este Organismo Nacional considera que existe responsabilidad institucional atribuible al HGZMF No. 18, pues la ausencia de esos insumos incumple lo establecido en el artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud, el cual prevé que *“todas las personas que se encuentren en el país que no cuenten con seguridad social tienen derecho a recibir de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados, al momento de requerir la atención”*; en relación con el numeral 95 del Reglamento de la LGS que señala que *“los hospitales deberán contar con una dotación de medicamentos para su operatividad, las veinticuatro horas del día durante todo el año”*.

161. Tampoco pasa desapercibido para esta Comisión Nacional que el 19 de abril de 2022, AR2 asentó en su nota médica que habiendo solicitado valoración de V por parte de Neurología de la UMAE No. 71, dicha canalización no fue aceptada por no contar con el estudio físico de tomografía de la paciente, debiendo solicitar la realización de una resonancia magnética, lo cual era necesario para continuar con su tratamiento.

162. No obstante ello, y como ha quedado señalado con anterioridad, el Reglamento de la LGS señala en su artículo 74 que *“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”*; por tanto, se determina que existió responsabilidad institucional atribuible al dicha unidad médica, al negarse a aceptar a la paciente.

D.2 RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

163. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4, AR6, AR7 y AR8, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo con las acciones y omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación al derecho a la protección de la salud por inadecuada atención médica y en consecuencia derivado de la interdependencia de los derechos, a la vida de V, a quien con sus actos y omisiones no garantizaron el grado máximo de salud posible.

164. Asimismo, se acreditó que AR2, AR3, AR5, AR9 y personal del HGZ No. 16 trastocaron el derecho de acceso a la información en materia de salud en agravio de V, así como de QVI1, QVI2 y PVI, al contravenir los lineamientos establecidos en la NOM-Del Expediente Clínico.

165. Finalmente, cabe señalar que toda persona servidora pública debe proceder con apego a los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en la administración pública, y tienen la obligación de cumplir con diligencia el servicio que le sea encomendado, absteniéndose de cualquier acto u omisión que cause la suspensión total, parcial o la deficiencia de dicho servicio, y al no cumplirlo incurren en una falta grave o administrativa, sancionada en los artículos del 49 al 64 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, de conformidad con los artículos 108 y 109 de la CPEUM.

166. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la CPEUM; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo y 73 párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en este caso con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente denuncia administrativa en el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie la

investigación correspondiente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

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

168. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, II y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracción I, 73, fracción V, 74, fracción VIII, 75 fracción IV, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I y párrafo primero, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al acceso a la información en materia de salud, se deberá inscribir a V, así como a QVI1, QVI2 y PVI, en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones

previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

169. 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”*, en su conjunto consideran que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

170. Al respecto, la CrIDH ha indicado que la reparación es un término genérico que comprende las diferentes maneras como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido. Por ello, la reparación comprende diversos *“modos específicos”* de reparar que *“varían según la lesión producida.”*⁵⁴ En este sentido, dispone que *“las reparaciones que se establezcan deben guardar relación con las violaciones declaradas”*.⁵⁵

171. En ese tenor, a fin de que la autoridad esté en posibilidad de dar cumplimiento a la presente Recomendación y calificar el propio cumplimiento de cada uno de los puntos recomendatorios, a continuación, se puntualiza la forma en que podrán acatarse cada uno de los puntos Recomendatorios.

⁵⁴ CrIDH. *“Caso Garide y Gaigoria vs. Argentina”*, Sentencia de 27 de agosto de 1998, Reparaciones y Costas, párr. 41

⁵⁵ CrIDH. *“Caso Carpio Nicolle y otras vs. Guatemala”*, Sentencia de 22 de noviembre de 2004, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 69.

a) Medidas de Rehabilitación

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

173. Por ello, el IMSS en coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar en su caso, a QVI1, QVI2 y PVI, atención psicológica y tanatológica por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas con motivo del fallecimiento de V.

174. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en un lugar accesible por instituciones públicas de salud del Estado en todos los niveles de atención, con consentimiento de las víctima indirectas e información previa, clara, suficiente, proporcionada por personal profesional especializado, la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional, lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

175. Sobre el particular, se precisa que al haberse agotado las acciones de localización de QVI1 y, al no recibir respuesta alguna, se dejan a salvo sus derechos con el fin de hacer valer el contenido de la presente Recomendación, al acreditarse violaciones a sus derechos humanos.

b) Medidas de compensación

176. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III y 64 a 72, de la Ley General de Víctimas y consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “[...] *los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y [...] allegados, el menoscabo de valores muy significativos [...] así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”.⁵⁶

177. La compensación deberá otorgarse a QVI1, QVI2 y PVI, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos de V, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas evaluables que sean consecuencia de la violación de sus derechos humanos y en motivo de su fallecimiento; por ello, 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, así como de QVI1, QVI2 y PVI, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI1, QVI2 y PVI, 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, ello en cumplimiento al punto recomendatorio primero.

178. Igualmente y, en el caso de QVI1, al no estar localizable, se dejan a salvo sus derechos con el fin de hacer valer el contenido de la presente Recomendación.

⁵⁶ CrIDH. “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile”. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

c) Medidas de satisfacción

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

180. 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, así como, al personal del servicio de neurología de la UMAE No. 71, por la inadecuada atención médica proporcionada a V, además de las omisiones advertidas en la integración del expediente clínico del paciente, para que en su caso se determine lo que conforme a derecho corresponda y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos; enviando las constancias con las que acredite que dichas acciones efectivamente se han realizado; ello para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

d) Medidas de no repetición

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

182. Por lo anterior, el IMSS deberá implementar en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral

sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección de la salud y a la vida, basado en el contenido de la GPC-Tratamiento de Crisis Hipertensivas, GPC- Tratamiento Temprano de la EVC, GPC-Tratamiento Cetoacidosis y GPC-Tratamiento y Prevención de la Meningitis, así como, del *“Procedimiento para la Atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”* y en la NOM-Educación en salud, el cual deberá ser dirigido a AR1, AR2, AR3, AR4, AR6, AR7, AR8 y AR9, así como al personal médico y de enfermería adscrito al servicio de Urgencias y de Medicina Interna del HGZMF No. 18.

183. Dicho curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, debiendo ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso y ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias otorgadas a los asistentes, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que lo acredite; lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

184. Asimismo, en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, el IMSS deberá implementar un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, relacionado con el derecho al acceso a la información en materia de salud basado en la NOM-Del Expediente Clínico, el cual será dirigido a AR2, AR3, AR5 y AR9, así como, al personal médico adscrito al personal del área de Radiología e Imagen del HGZ No. 16; dicho curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; debiendo incluirse los programas, objetivos, actividades, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia,

videos y constancias de participación, enviando las pruebas con las que lo acredite, con lo cual se dará cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

185. Igualmente, en el plazo de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular en el portal de Intranet de ese Instituto, que se envíe a los correos electrónicos institucionales del personal médico especialista adscrito al servicio de Radiología e Imagen del HGZ No. 16, en la que se les instruya adoptar las medidas efectivas respecto a la entrega, notificación a pacientes, familiares y/o terceros y resguardo de todos aquellos estudios de gabinete que se practiquen en esas especialidades, en la que se disponga guardar una copia de los mismos de manera electrónica, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, con el objeto de evitar actos y omisiones como las descritas en la presente Recomendación, enviando las constancias que lo acredite, con lo cual se dará cumplimiento al punto recomendatorio sexto.

186. Finalmente, en el plazo de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular en el portal de Intranet de ese Instituto, misma que deberá enviarse al correo electrónico institucional del personal del servicio de neurología de la UMAE No. 71, mediante el cual se les instruya para que se adopten las medidas efectivas en torno a la recepción de pacientes que requieran de dicha especialidad con urgencia sin necesidad de presentar un estudio de TAC, conforme a lo dispuesto en las guías de práctica clínica y normas oficiales mexicanas correspondientes, con el objeto de evitar actos como los descritos en la presente Recomendación, enviando las constancias que lo acrediten, con lo cual se dará cumplimiento al punto recomendatorio séptimo.

187. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para 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.

188. 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 QVI1, QVI2 y PVI, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV y que, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI1, QVI2 y PVI, 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 atención psicológica y tanatológica que requieran QVI1, QVI2 y PVI, por los hechos y las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en un lugar accesible por instituciones públicas de salud del Estado en todos los niveles de atención, con consentimiento de las víctima indirectas e información previa, clara, suficiente, proporcionada por personal

profesional especializado, la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional. 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 interponga en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, así como, del personal del servicio de neurología de la UMAE No. 71 ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, por las omisiones precisadas en los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación, a fin que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto 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; enviando a este Organismo Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Se imparta en el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección de la salud y a la vida, basado en el contenido de la GPC-Tratamiento de Crisis Hipertensivas, GPC- Tratamiento Temprano de la EVC, GPC-Tratamiento Cetoacidosis y GPC-Tratamiento y Prevención de la Meningitis, así como, del *“Procedimiento para la Atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”* y la NOM-Educación en salud, el cual deberá ser dirigido a AR1, AR2, AR3, AR4, AR6, AR7, AR8 y AR9, así como al personal médico y de enfermería adscrito al servicio de Urgencias y de Medicina Interna del HGZMF No. 18; debiendo 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 ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en el que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o constancias otorgadas a los asistentes; realizado lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. De igual manera, se imparta en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, relacionado con el derecho al acceso a la información en materia de salud basado en la NOM-Del Expediente Clínico, el cual será dirigido a AR2, AR3, AR5 y AR9, así como, al personal médico adscrito al servicio de Radiología e Imagen del HGZ No. 16; debiendo 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 ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en el que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o constancias otorgadas a los asistentes; realizado lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que lo acredite.

SEXTA. En el plazo de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular en el portal de Intranet de ese Instituto, que se envíe a los correos electrónicos institucionales del personal médico especialista adscrito al servicio de Radiología e Imagen del HGZ No. 16, en la que se les instruya adoptar las medidas efectivas respecto a la entrega, notificación a pacientes, familiares y/o terceros y resguardo de todos aquellos estudios de gabinete que se practiquen en esas especialidades, en la que se disponga guardar una copia de los mismos de manera electrónica, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, con el objeto

de evitar actos y omisiones como las descritas en la presente, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que lo acredite.

SÉPTIMA. En el plazo de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular en el portal de Intranet de ese Instituto, misma que deberá enviarse al correo electrónico institucional del personal del servicio de neurología de la UMAE No. 71, mediante el cual se les instruya para que se adopten las medidas efectivas en torno a la recepción de pacientes que requieran de dicha especialidad con urgencia sin necesidad de presentar un estudio de TAC, conforme a lo dispuesto en las guías de práctica clínica y normas oficiales mexicanas correspondientes, con el objeto de evitar actos como los descritos en la presente Recomendación, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que lo acredite.

OCTAVA. Designe a la persona servidora pública con poder 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.

189. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como el obtener, en términos del 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.

190. 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.

191. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito a usted, 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.

192. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello este Organismo Nacional solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

RARR