



RECOMENDACIÓN NO. 120/2023.

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA, AL TRATO DIGNO Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 71, EN CHALCO, ESTADO DE MÉXICO, ASÍ COMO EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD, “DR. ANTONIO FRAGA MOURET” DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA” EN LA CIUDAD DE MÉXICO, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Ciudad de México, a 31 de julio de 2021

**MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL
P R E S E N T E**

Apreciable señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo; 4, 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 26, 41, 42, 44; 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2020/2302/Q**, relacionado con la atención brindada a V en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y/o datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción



II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4, párrafo segundo de la Ley de esta 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 y 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. Esa información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, en un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las respectivas medidas de protección de esos datos.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y/o abreviaturas utilizadas de las personas involucradas en los hechos, son las siguientes:

Denominación	Claves
Víctima	V
Víctima indirecta	VI
Quejosa y Víctima Indirecta	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

4. En la presente Recomendación, la referencia a distintas instituciones e instrumentos legales se hará con siglas, acrónimos y/o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:



Instituciones	
Denominación	Siglas/Acrónimo/ Abreviatura
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH, Organismo Autónomo y/o Comisión Nacional
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Fiscalía General de la República	FGR
Fiscalía General de Justicia del Estado de México	FGJ
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional “La Raza” en la Ciudad de México	CMN “La Raza”
Hospital General de Zona número 71, en Chalco, Estado De México	HGZ 71

Áreas de Atención / Otros	
Denominación	Siglas/Acrónimo/ Abreviatura
Servicio de Urgencias	SU
Servicio de Medicina Interna	SMI
Servicio de Cirugía General	SCG
Servicio de Cirugía de Colón y Recto	SCCyR
Clínica de Heridas	CHr



Normativa	
Legislación/Instrumento	Siglas/Acrónimo/ Abreviatura
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	RPM
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	RLGS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012

I. HECHOS

5. El 8 de agosto de 2018, V fue intervenida quirúrgicamente en el HGZ 71 del IMSS en el Estado de México, para extirparle la vesícula. Dos días después, es decir, el 11 de agosto de ese año, le fue otorgada su alta hospitalaria; sin embargo, al encontrarse en su domicilio presentó distintas molestias que motivaron que volviera a ingresar ese mismo día por la noche a ese HGZ 71 y, ante su condición clínica, el personal médico resolvió practicarle una nueva cirugía de urgencia, misma que fue llevada a cabo el día 23 de agosto de ese año.

6. Después de permanecer varios días en el HGZ 71, finalmente, el 5 de septiembre de 2018, V fue dada de alta; no obstante -nuevamente- al día siguiente, es decir, el 6 de septiembre de ese año, V ingresó de urgencia al CMN “La Raza”, por



insuficiencia cardíaca y un cuadro neumonía que no fue diagnosticado oportunamente cuando se le otorgó su alta médica del HGZ 71.

7. Durante su estancia hospitalaria en el CMN “La Raza”, el 18 de septiembre de ese año, V volvió a ser operada -por tercera ocasión- debido a una grave infección en el intestino grueso provocada por una bacteria que adquirió durante su estancia en el HGZ 71 y que derivó en la extirpación de su intestino. A partir de entonces, V necesitó bolsas de colostomía y le colocaron una sonda nasogástrica, además de requirió seguimiento en la CHr con tratamiento de *Sistema VAC*¹.

8. Posteriormente, los días 21 de noviembre y 17 de diciembre, así como el 19 de febrero de 2018, nuevamente, V acudió de urgencia al CMN “La Raza”, a consecuencia de la constante salida de líquido de la herida que le dejó esa cirugía, además de distintos malestares; sin embargo, durante esas hospitalizaciones, V no recibió un servicio médico eficiente y oportuno pues, aunque su salud no presentó mejoría, el personal médico tratante decidió otorgarle su alta médica sin descartar un proceso infeccioso grave. Desafortunadamente, el 9 de marzo de 2019, V perdió la vida por complicaciones relacionadas con su estado clínico.

9. El 12 de febrero de 2020, QVI interpuso queja ante esta CNDH en la cual denunció una serie de anomalías en la atención médica que se le otorgó a V en el IMSS, pues pese a su condición de salud y situación de vulnerabilidad, por las diversas enfermedades crónico-degenerativas que padecía, no recibió una atención

¹ Sistema de cierre no invasivo que utiliza una presión negativa controlada, intermitente o continua, sobre la herida para promover la cicatrización, el aporte sanguíneo, el tejido de granulación y disminuir la colonización bacteriana.



médica adecuada para atender su problema de salud y, lamentablemente, perdió la vida; situación que motivó el inicio del expediente de queja **CNDH/4/2020/2302/Q**.

10. A fin de documentar las posibles violaciones a los derechos humanos de V, este Organismo Autónomo solicitó diversa información y documentación al IMSS, entre la que destacan los informes que rindió el personal Directivo de las unidades de salud involucradas en los hechos, así como la copia de los Expedientes Clínicos integrados por la atención médica otorgada a V tanto en el HGZ 71, como en el CMN “La Raza”, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

11. Correo electrónico recibido el 12 de enero de 2020, en esta CNDH mediante el cual QVI interpuso escrito de queja por presuntas violaciones a Derechos Humanos en agravio de V, por la deficiente atención médica otorgada por personal médico del IMSS y al cual adjuntó diversas constancias relacionadas con los hechos, entre las que destacan las siguientes:

12. Correo electrónico institucional de 24 de noviembre de 2020, mediante el cual el cual IMSS aportó información sobre el caso de V y remitió las siguientes constancias:

12.1 Acta de la 15ª Sesión Extraordinaria del Comité de Calidad del HGZ 71, celebrada 9 de junio de 2019, en la cual el Subdirector Médico, el Jefe de Urgencias y el Coordinador de Educación realizaron un análisis técnico-médico sobre la atención médica otorgada a V en ese nosocomio.



12.2 Informes pormenorizados emitidos por PSP1, PSP2 y AR1 en los que expusieron cuál fue la atención médica que proporcionaron a V en el HGZ 71.

12.3 Expediente Clínico 1, integrado con motivo de la atención médica otorgada a V en el HGZ 71.

13. Correo electrónico institucional de 7 de diciembre de 2020, mediante el cual SP1 informó que el caso de V fue sometido a consideración del H. Consejo Consultivo del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS en el Estado de México. A esa comunicación, el IMSS adjuntó el siguiente documento:

13.1 Acuerdo emitido en el Expediente de Queja Médica el 21 de noviembre de 2019, en el cual la Comisión de Resolución de Quejas y Expedición de Incapacidades Retroactivas resolvió en sentido improcedente “desde el punto de vista médico” la queja interpuesta por QVI.

14. Acta Circunstanciada de 28 de abril de 2021, en la que personal de este Organismo Autónomo hizo constar la llamada telefónica en la cual QVI reiteró su inconformidad con el servicio médico que recibió V en el IMSS, pues refirió “...*la dieron de alta en su momento sin que se encontrara bien...tuvo que regresar al IMSS en varias ocasiones...*”, además de precisar que interpuso una queja ante la CONAMED, pero resultó improcedente.

15. Correo electrónico que, el 30 de abril de 2021, VQI envió a esta CNDH y en el que reiteró su inconformidad con relación al servicio médico que V recibió en el HGZ 71 y en el CMN “La Raza”.



16. Acta Circunstanciada de 14 de mayo de 2021, en la que personal de este Organismo Autónomo hizo constar la recepción de 3 de correos electrónicos institucionales mediante los cuales el IMSS hizo llegar diversa documentación relacionada con el caso de V, entre las cuales se destaca la siguiente:

16.1 Acta de defunción en el que se hizo constar que V perdió la vida el 9 de marzo de 2019 a causa de una sepsis una taquicardia ventricular de 20 minutos de evolución, choque séptico de 3 horas de evolución y una sepsis de 3 días de evolución.

16.2 Oficio número 36A1041C2153/UMAE/DG/2020/3624 de 24 de noviembre de 2020, mediante el cual SP2 y SP3 rindieron un informe médico pormenorizado sobre la atención clínica otorgada a V en el CMN “La Raza”.

17. Actas Circunstanciadas de 5 de agosto y 7 de septiembre de 2021, en las constan las conversaciones telefónicas que personal de esta CNDH sostuvo con el IMSS para solicitar el envío de constancias legibles de la documentación aportada previamente respecto al caso de V.

18. Acta Circunstanciada de 25 de noviembre de 2021, en la cual personal de esta CNDH hizo constar las gestiones telefónicas que, el 19 de octubre y 11 de noviembre de 2021, se llevaron a cabo con el IMSS para requerir el envío de constancias legibles de la atención médica otorgada a V, así como la recepción de los correos electrónicos institucionales de los días 24 y 25 de noviembre de 2021. A esas comunicaciones, el personal IMSS adjuntó distintas documentales sobre el caso de V, entre las que destacan:



18.1 Expediente Clínico 2, integrado en el CMN “La Raza” con motivo de la atención médica otorgada a V, en el cual obra la siguiente documentación:

18.1.1 Nota de Defunción de V, en la que consta que la paciente perdió la vida el 9 de marzo de 2019, en el CMN “La Raza”.

19. Correo electrónico institucional recibido en este Organismo Autónomo el 9 de febrero de 2022, mediante el cual personal del IMSS remitió diversas constancias clínicas y confirmó que diversas notas médicas no obran integradas al Expediente Clínico 1 iniciado por el servicio otorgado a V en el HGZ 71.

20. Acta Circunstancia de 4 de marzo de 2022, elaborada por personal de este Organismo Autónomo y la que se hizo constar la recepción del correo electrónico institucional de 25 de febrero de ese año, mediante el que el IMSS informó las acciones empleadas en atención a la no localización de diversas notas médicas y hojas de indicación del Expediente Clínico 1, para lo cual adjuntó las siguientes constancias:

20.1 Correo electrónico de 24 de febrero de 2022, mediante el cual PSP13 dio vista a la Titular del Área Auditoría Interna, de Desarrollo y Mejora de Gestión Pública, de Quejas, Denuncias e Investigaciones y Responsabilidades del OIC en el IMSS sobre la no localización de diversas notas médicas y hojas de indicaciones clínicas del Expediente Clínico 1.

20.2 Impresión del Folio de PREDENUNCIA 1 ante la FGJ por la no aparición de diversas constancias médicas del Expediente Clínico 1.



20.3 Listado de Difusión de la NOM-004-SSA3-2012 al personal del HGZ 71, como medida de no repetición de los hechos relativos al extravío de las constancias del Expediente Clínico 1.

21. Acta Circunstanciada de 7 de marzo de 2022, en la cual personal de este Organismo Autónomo hizo constar la recepción del correo electrónico institucional del IMSS, mediante el cual se aportaron los siguientes documentos:

21.1 Oficio 36A1041C2153/UMAE/00548/2022, de 25 de febrero de 2022, mediante el cual el IMSS remitió diversas constancias del Expediente Clínico 2, integrado con motivo de la atención médica otorgada a V en el CMN “La Raza”.

21.2 Notas de la atención médica brindada a V en el CMN “La Raza” los días 24 y 29 de septiembre; 9 y 11 de octubre; 24, 29, 30 de noviembre y 2 de diciembre -todas del año 2018, así como el 4, 23 y 24 de febrero de 2019.

21.3 Notas de valoración del TRIAGE y en el SU del CMN “La Raza” realizadas a V a su ingreso el 9 de marzo de 2019.

21.4 Indicaciones médicas de 9, 18, 21 y 24 de septiembre; 15 de octubre, 2, 3, 4 de diciembre, todas de 2018; 19, 28 y 29 de enero; 21, 22, 23 y 24 de febrero, así como el 9 de marzo de 2019, otorgadas durante la atención de V en el CMN “La Raza”.)

21.5 Hojas de curaciones realizadas a V en la Clínica de Curaciones del CMN “La Raza” entre los meses de noviembre de 2018 y febrero de 2019.



21.6 Nota de Egreso de 9 de marzo de 2019, en la cual PSP12 hizo constar el deceso de V.

22. Opinión médica emitida el 9 de enero de 2023, por personal de esta CNDH sobre el caso de V, en la cual se determinó que existió una inadecuada e inoportuna atención médica por parte del personal del HGZ 71 y el CMN “La Raza”.

23. Oficio 00641/30.102/0531/2023, de 2 de mayo de 2023, mediante el cual el OIC en el IMSS informó que derivado de la vista que se otorgó por el extravío y/u omisión del personal del HGZ 71 de incorporar o elaborar diversas notas médicas al Expediente Clínico 1, inició el Expediente IA.

24. Oficio 400LJ0100/00910/2023 de 8 de mayo de 2023, mediante el cual la FGJ del Estado de México informó a la CNDH no tener registro alguno de esa indagatoria o alguna Carpeta de Investigación relacionada con el extravío del Expediente Clínico 1.

25. Acta circunstanciada, de 16 de mayo de 2023, en la que se hizo constar la entrevista que personal de este Organismo Autónomo sostuvo con QVI en la cual reiteró su inconformidad con los hechos ocurridos en agravio de V y aclaró que presentó una denuncia penal ante la FGR respecto a la atención que se le otorgó a V en el IMSS, la cual indicó continua en trámite; asimismo, V hizo alusión a la situación de su hermano VI1 persona con discapacidad quien precisó se encontraba al cuidado de V antes de fallecer.

26. Oficio FGR/FEMDH/DGPCDHQI/DAQI/3997/2023 de 15 de junio de 2023, en el cual la FGR comunicó a esta CNDH que la Carpeta de Investigación 1 continúa en trámite.



III. SITUACIÓN JURÍDICA

27. El 4 de julio de 2019, V interpuso una denuncia telefónica ante el OIC en el IMSS por la negligente atención médica que recibió V y, derivado de ello, esa instancia inició el Expediente DA, el cual fue turnado a la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente de la Delegación Regional del Estado de México para su resolución.

28. Derivado de esa denuncia administrativa, se inició el Expediente de Queja Médica y sometió el caso de V a consideración de su H. Consejo Técnico, por lo que mediante acuerdo dictado el 30 de septiembre de 2019, resolvió el asunto en sentido improcedente desde el punto de vista médico, al considerar que: *“El tratamiento que le fue otorgado al derechohabiente fue adecuado y oportuno, no existió omisión en su manejo; se actuó de forma correcta, con los recursos institucionales requeridos en tiempo correcto, de acuerdo los Protocolos y Guías de Práctica Clínica”*.

29. A petición de QVI, la CONAMED tramitó el Expediente DA y en el cual, después del trámite respectivo, resolvió tener el asunto como NO CONCILIADO y dejó a salvo sus derechos para que los hiciera valer en la vía y forma que a su interés conviniera.

30. Derivado del extravío o no elaboración de diversas notas médicas y hojas de indicaciones del Expediente Clínico 1 de V en el HGZ 71, el IMSS informó que dio vista de esa circunstancia al OIC e interpuso una PREDENUNCIA ante la FGJ del Estado de México.



31. Pese a ello, mediante oficio la FGJ precisó a esta CNDH no tener registro alguno de esa PREDENUNCIA o alguna Carpeta de Investigación relacionada con esos hechos, lo cual conlleva a determinar que el IMSS no la ratificó u otorgó el seguimiento respectivo a esa querrela.

32. Por otra parte, el OIC en el IMSS comunicó que, derivado de esa vista, inició el Expediente IA, el cual precisó se encuentra en etapa de investigación.

33. QVI manifestó a personal de este Organismo Autónomo que derivado de la deficiente atención médica que se le brindó a V en el IMSS, en el mes de marzo de 2019, interpuso una denuncia penal ante la FGR, a la cual se le asignó la Carpeta de Investigación 1.

34. La FGR informó que, a la fecha de emisión del presente pronunciamiento, la Carpeta de Investigación 1 continua en trámite de integración.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

35. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2020/2302/Q**, en términos del artículo 41 de la Ley de este Organismo Autónomo y con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, así como de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, los precedentes emitidos por esta CNDH y los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con medios de convicción que permiten acreditar violaciones a los Derechos Humanos a la Protección de la Salud, a la Vida y Trato Digno, así como al Acceso a la Información en materia de Salud en agravio de V, atribuibles a personas servidoras



públicas adscritas al HGZ 71 en Chalco, Estado de México, así como al CMN “La Raza” en la Ciudad de México, ambos del IMSS, conforme a lo siguiente:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V

36. El artículo 4° de la CPEUM, en su párrafo cuarto, reconoce y mandata que toda persona tiene Derecho a la Protección a la Salud.

37. En este sentido, la SCJN ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: “[...] *el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que, para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos*”².

38. El Estado Mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se obliga a reconocer el derecho a salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, “[...] *de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población*”³. Por lo que, “[t]odo ser humano

² Jurisprudencia P.J. 1ª./J.50/2009 DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Primera Sala de la SCJN, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXIX/Abril de 2009, página 164.

³ Tesis Constitucional. “*Derecho a la Salud. Forma de cumplir con la Observación General número 14 del Comité de los Derechos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, para garantizar su disfrute*”; Semanario Judicial de la Federación, octubre de 2013, registro 2004683.



*tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*⁴.

39. El artículo 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que la salud es “[...] *un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*”.

40. Al respecto, la ONU en el Tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, sobre "Salud y bienestar", se ha pronunciado en el sentido de "[g]arantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades"⁵.

41. Este Organismo Autónomo ha reiterado que ese Derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud y que el desempeño de las personas servidoras públicas 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, aceptabilidad y calidad*:⁶.

⁴ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación general N° 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, párrafo 1.

⁵ ONU, CEPAL, Objetivos de Desarrollo Sostenible. “*Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe*”. Tercer Objetivo, Meta 3.1, página 13.

⁶ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, 23 de abril de 2009, Observaciones, párrafo 3, y Recomendación 38/2016, 19 de agosto 2016, párrafo 21.



A.1 VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V EN EL IMSS

❖ Antecedentes clínicos de V

42. El caso que nos ocupa versa sobre la atención médica otorgada en el IMSS a V, mujer adulta mayor con antecedentes de diabetes mellitus de 18 años de evolución e hipertensión arterial sistémica y quien, en el mes de febrero del año 2019, perdió la vida a consecuencia de una sepsis derivada de complicaciones secundarias a una cirugía de colecistectomía laparoscópica que le fue practicada, el 8 de agosto de 2018, en el HGZ 71.

43. De las constancias que integran el expediente de queja, esta CNDH observó que fue, en el mes de junio de 2018, cuando V inició con dolor abdominal tipo cólico, ubicado en el hipocondrio derecho⁷, acompañado de náuseas y vómito, por lo que, al realizar estudios de laboratorio y un ultrasonido abdominal, el 6 de julio de ese año, le fue diagnosticada *colecistitis crónica litiásica*⁸, lo cual motivó la programación de cirugía en el HGZ 71 para extraerle la vesícula.

A.1. 1. DEFICIENTE ATENCIÓN MÉDICA DE V EN EL HGZ 71

a) Problema de vesícula y primera cirugía (colecistectomía laparoscópica).

44. En ese orden de ideas, esta CNDH en la Opinión Médica elaborada en el presente asunto, observó que, una vez que el personal médico del HGZ 71 llevó a cabo la respectiva valoración preanestésica y preoperatoria, así como firma de los consentimientos previos informados, el 8 de agosto de 2018, V fue sometida a una

⁷ Zona debajo de las costillas.

⁸ Inflamación de la vesícula biliar ocasionada por litos (cálculos).



cirugía laparoscópica⁹ programada sin complicaciones ni incidencias, la cual tuvo como hallazgo quirúrgico “vesícula de 15x08x04 con litos de .4 y .5 cm, cístico de 3 mm de longitud y 33 de ancho, microlitiasis”.

45. De igual modo, se advirtió que, al presentar V una adecuada recuperación postoperatoria y no indicar criterios para continuar con manejo intrahospitalario, el 10 de agosto de 2018, AR1 determinó su alta hospitalaria y le proporcionó a la paciente diversas indicaciones médicas, entre ellas, cita abierta al SU en caso de dolor intenso, fiebre y/o salida de líquido purulento o fétido de la herida quirúrgica.

46. Por otra parte, la Opinión Médica de esta CNDH destaca que, si bien, a su egreso AR1 asentó en la hoja de indicaciones que recetó diversos “medicamentos” a V, estos fármacos no fueron enlistados o descritos en la respectiva nota médica, ni obra constancia de alguna anotación en el aludido Expediente Clínico 1, lo cual impide conocer íntegramente el manejo clínico que le fue sugerido a su egreso de ese HGZ 71 y, en específico, sobre el tratamiento antibiótico y terapéutico que, en todo caso, debió suministrársele¹⁰.

b) Segunda hospitalización del 11 de agosto al 5 de septiembre de 2018

❖ Reingreso de urgencia al HGZ 71 y segunda cirugía

47. A las 20:10 horas del 11 de agosto de 2018, V acudió al SU del HGZ 71 debido a un fuerte dolor abdominal y al ser valorada en el área de TRIAGE se estableció

⁹ La laparoscopia es una técnica quirúrgica de inspección de la cavidad abdominal que no precisa de grandes incisiones.

¹⁰ En la Opinión Médica de esta CNDH se observó que, durante esa estancia hospitalaria (del 8 al 10 de agosto de 2018), V fue tratada de manera preventiva con “Cefotaxima” el cual es un antibiótico de amplio espectro, es decir, que actúa en contra de una gama diversa de bacterias.



que mostraba un nivel de gravedad amarillo, al presentar “...dolor en el cuadrante superior derecho, con secreción a nivel hipocondrio derecho...” y, derivado de los datos clínicos y una radiografía de abdomen que se le realizó, PSP1 integró como diagnóstico “...probable absceso residual, posoperado CCL laparoscópica, hipertensión arterial y diabetes tipo 2 en tratamiento...”; asimismo, el personal médico tratante estableció también un pronóstico reservado e indicó manejo intrahospitalario.

48. Durante su estancia en ese SU del HGZ 71, ocurrida del 11 al 17 de agosto de 2018, V fue reportada con presencia de sangre en la orina, elevación de temperatura corporal, continuas náuseas e incluso vómito. La exploración física que se le realizó reportó “...herida en región costal derecha con salida de material seropurulento escaso no fétido...”; por otra parte, la práctica de un ultrasonido en la zona afectada mostró “colección en lecho vesicular a considerar bilioma¹¹ vs hematoma residual¹² de 78x48x45”; asimismo, los exámenes de orina y los estudios de laboratorio arrojaron datos de un proceso infeccioso a nivel urinario, así como la presencia de anemia.

49. En ese sentido, el personal médico de esta CNDH destacó en la aludida Opinión Médica que, desde su reingreso al HGZ 71 -ocurrido el 11 de agosto de ese año-, V permaneció por un tiempo prolongado en el SU “sentada en una silla metálica”, tal y como lo asentó PSP2 en la Nota Médica que elaboró a las 10:10 horas del 12 de agosto de 2018, en la cual indicó “Cursa con 14 hrs de estancia en el servicio de urgencias sentada en silla metálica”, lo cual corrobora lo manifestado por QVI en su

¹¹ El bilioma se define como una colección encapsulada de bilis.

¹² Pequeño bulto ocasionado por la ruptura de diminutos vasos sanguíneos.



escrito “...así que la tuvieron sentada por dos días en una silla de metal...siendo que ella estaba recién operada con dolor y los síntomas posoperatorios...”.

50. Esa circunstancia ocurrió a pesar de que V era una mujer adulta mayor, recién operada y con un fuerte dolor, por lo que esta CNDH advierte que el personal médico del SU del HGZ 71 contravino lo dispuesto en el artículo 6, fracción I, de la LGS: “*El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos: I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas...*”.

51. Por falta de espacio físico hospitalario, el ingreso de V al SCG del HGZ 71 se prolongó hasta el 17 de agosto de 2018, es decir, 6 días después de arribar a ese nosocomio. En esa área clínica, a V se le practicó un nuevo ultrasonido que mostró la presencia de “*absceso residual con volumen aproximado de 311cc encapsulado*” por lo cual, en su Nota Médica del 19 de agosto de ese año, PSP3 indicó “*requiere drenaje de absceso por el volumen que presenta, idealmente de manera laparoscópica*”.

52. Pese a ello, el IMSS no aportó las Notas médicas que, en todo caso, el personal médico y enfermería del SCG debió elaborar con motivo de la atención otorgada a V los días 20, 21 y 22 de agosto de ese año, como constancia de su seguimiento, evolución clínica, así como el tratamiento que se le proporcionó.

53. En ese tenor, esta CNDH constató que, el 23 de agosto de 2023, V ingresó de urgencia a quirófano y, previo consentimiento así como valoración preanestésica,



se le practicó una *laparoscopia diagnóstica*¹³ para drenar el absceso y lavar la cavidad abdominal, además se le colocó un drenaje subhepático (Saratoga)¹⁴ y mostró los siguientes hallazgos: “*COLECCIONES PURULENTAS*¹⁵ *SUBHEPÁTICA DERECHA DE 300 CC, ADHERENCIAS FIRMES Y LAXAS EPIPLÓN*¹⁶ *PARED, HIGADO PARED*”, es decir, presencia de pus y sangre en la región del abdomen; luego de esa cirugía, V permaneció en la Unidad de Cuidados Posanestésicos, con indicaciones y tratamiento fármaco-terapéutico.

54. De acuerdo con el análisis que personal de esta CNDH realizó en la citada Opinión Médica sobre las constancias que integran el Expediente Clínico 1 de V, se advirtió que, fue hasta el 26 de agosto de 2018, cuando AR2 reportó en la Nota Médica respectiva que V presentó “*infección en el sitio quirúrgico y malestar general durante la valoración*”, además, precisó “*...continúa con intolerancia a la vía oral, náusea y gasto purulento a través de drenaje... con el mismo manejo en espera de mejoría*”.

55. De igual modo, el personal médico de este Organismo Autónomo observó que, el 27 de agosto de ese año, MR1 solicitó un cultivo de líquido de drenaje de V; sin embargo, en el Expediente Clínico 1 -aportado por el IMSS e integrado con motivo

¹³ Exploración de la cavidad abdominal a través de ópticas introducida por orificios en el abdomen y que tiene como finalidad la observación de los órganos abdominales, la cual se lleva a cabo mediante incisiones pequeñas a través de una aguja que insufla gas (CO 2) y trocares; puede ser Diagnóstica o Terapéutica. “Laparotomía y/o Laparoscópica diagnóstica en abdomen agudo no Traumático en el Adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010, página 11.

¹⁴ Se trata del drenaje más empleado en las heridas infectadas, además de utilizarse cuando hay que drenar cantidades grandes de fluidos.

¹⁵ Presencia de pus.

¹⁶ Tejido delgado que reviste el abdomen.



de la atención médica proporcionada a V en ese HGZ 71- no obra constancia alguna de los resultados arrojados por ese estudio.

56. En ese contexto, este Organismo Autónomo advierte con preocupación, la inexistencia en el mencionado Expediente Clínico 1 de Notas médicas y/u Hojas de indicaciones clínicas que, en todo caso, el personal médico del SGC del HGZ 71 debió elaborar con motivo de la atención proporcionada a V los días 24, 25, así como del 27 al 31 de agosto de 2018, lo cual, no solamente, es un obstáculo para conocer integralmente cuál fue la evolución clínica, tratamientos y estado de salud general de la paciente durante su estancia en ese nosocomio, sino que, también, impide desvirtuar las manifestaciones de QVI sobre el deficiente servicio médico que recibió V en ese Hospital del IMSS.

❖ **Caída de V durante estancia en el HGZ 71 (evento adverso¹⁷)**

57. Con relación a lo anterior, cobra relevancia, lo asentado en la “Hoja de Enfermería”, en la que se indicó que *“a las 14:00 horas de los días 30 y 31 de agosto de 2018”* a V le ocurrió un “incidente de caída”, situación que se vincula con lo asentado en la “Hoja Referencia-Contrareferencia” del 1 de septiembre de 2018, en la que se indicó que se solicitó al Hospital General de Zona 53 en el Estado de México, la realización de tomografía de cráneo simple para descartar alguna lesión orgánica de V, toda vez que: *“Se reporta que el día de ayer 01/09/18 aproximadamente a las 11:00hrs, al subirse a su cama con escalerilla, se resbala y se golpea región occipital¹⁸ y costado derecho, sin pérdida de conocimiento, con*

¹⁷ Incidente que produce daño leve o moderado al paciente.

¹⁸ Parte posterior del cráneo.



reincorporación inmediata, sin embargo, por la noche y hoy por la mañana con cefalea occipital intensa¹⁹, visión borrosa y vómito”.

58. Si bien, en el Expediente Clínico 1, consta la valoración clínica que PSP3 realizó el 2 de septiembre de ese año, en la que estableció que V no presentaba lesión intracraneal y “*sin evidencia de mayor deterioro neurológico*”, lo cierto es que, no obra Nota médica sobre la notificación respectiva de ese incidente que permita conocer con certeza la fecha y hora en que ocurrió, ni documento que informe sobre alguna valoración médica inmediata que debió realizar el personal médico ante esa caída, ni los estudios de gabinete, diagnóstico o seguimiento clínico inmediato que permitiera descartar alguna anomalía clínica en la salud de V.

59. Al respecto, el personal médico de esta CNDH que elaboró la respectiva Opinión Médica sobre el caso de V concluyó que ese incidente de caída ocurrió por la falta de cuidado y prevención del personal médico y enfermería²⁰ que tuvo a su cargo la atención de la paciente en el SCG del HGZ 71, pues omitieron valorar los factores de riesgo relacionados con ese tipo de suceso y, en su caso, realizar una evaluación integral para evitarlo, tal y como lo dispone el artículo 8 del RLGS: “*Las actividades de atención médica son: I. PREVENTIVAS: Que incluyen las de promoción general y las de protección específica*”.

¹⁹ Dolor de cabeza agudo.

²⁰ El artículo 7 del RPM del IMSS 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. De la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno de ellos proporcione. El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.*”



❖ **Alta de V del HGZ 71**

60. Con independencia de lo anterior, en la citada Opinión Médica de esta CNDH se observó que, el 1 de septiembre de 2018, AR2 reportó a V con infección en sitio quirúrgico y “...*salida de material purulento por drenaje en moderada cantidad...*”, misma circunstancia que fue también mencionada por AR2 en la Nota médica del día siguiente, es decir, la elaborada el 2 de septiembre de ese año, en la que además indicó que le fue realizado a V un ultrasonido abdominal que mostró “*escasa colección residual en hipocondrio derecho y fosa iliaca derecha*”.

61. Si bien, el 3 de septiembre de 2018, MR2 asentó en la respectiva Hoja de indicaciones que se solicitó interconsulta y un nuevo ultrasonido abdominal a V, lo cierto es que, al examinar el Expediente Clínico 1, en la Opinión Médica de esta CNDH se hizo constar otra vez la ausencia de Notas Médicas que, en todo caso, el personal médico y enfermería del SCG de ese HGZ 71 debieron elaborar, los días 3 y 4 de septiembre de ese año, para dejar registro de cuál fue el seguimiento, atención, así como la evolución clínica de V.

62. Pese a esa circunstancia, el 5 de septiembre de ese año, AR3 determinó el alta médica de V, bajo el argumento que presentaba una adecuada evolución clínica, toleraba vía oral, orina y evacuaciones presentes; asimismo, indicó cita abierta al SU, dieta balanceada, cita a su Unidad Médica Familiar para seguimiento, al SGC y Neurología, además de prescribirle antibiótico.

63. Bajo esa premisa, en la citada Opinión Médica de esta CNDH se estableció que, durante su estancia en el HGZ 71, ocurrida del 11 de agosto al 5 de septiembre de 2018, V no recibió una atención médica integral y calidad para atender el absceso residual abdominal derivado de la cirugía laparoscópica que se le practicó en ese



nosocomio el 8 de agosto de ese año, pues a pesar de que se le realizó una nueva cirugía para drenarlo, esa intervención quirúrgica no fue suficiente para resolver su problema salud, mismo que se agravó en los siguientes días, ante la presencia de un cuadro infeccioso no advertido oportunamente.

64. Sobre este aspecto, esta CNDH evidenció que el personal médico del HGZ 71 no completó un diagnóstico certero, pues se omitió recabar el resultado del cultivo que, el 27 de agosto de 2018, se indicó llevar a cabo, con lo cual se verificaría que el proceso infeccioso que cursó V había sido o no resuelto, esto previo a su alta hospitalaria, ya que no hay constancia clínica que así lo demuestre y, por lo contrario, se advirtió que, días antes de su egreso a su domicilio, V continuó con *“salida de material purulento por drenaje de moderada cantidad”* situación que, en todo caso, fue desestimada por AR2, AR3 y AR4.

65. A lo anterior, se agrega la omisión del personal médico del HGZ 71 de elaborar y/o integrar las notas médicas del 20, 21, 22, 24, 27, 28, 29, 30 y 31 de agosto, así como 3 y 4 de septiembre de 2018, es decir, esta Comisión Nacional advierte con preocupación la inexistencia de constancias médicas por más de 10 días, lo que impide conocer cuál fue la evolución clínica de V, así como el tratamiento, atención y seguimiento que el personal médico y enfermería de ese HGZ 71 debió proporcionar a V, considerando la gravedad de su condición clínica, al ser una mujer de edad avanzada, diabética, hipertensa, recién operada y que cursaba un proceso infeccioso derivado de una cirugía laparoscópica.

66. Esta circunstancia se agrava, al conocer también que, a su ingreso al SU de ese HGZ 71, V permaneció por un periodo prolongado sentada en una silla metálica, pese a encontrarse recién operada y presentar diversas molestias en su salud,



además, al advertir que, durante su hospitalización, V sufrió una caída por falta de cuidado del personal médico y de enfermería que comprometió su condición clínica y estado de salud.

67. Por lo anterior, esta CNDH concluye que la conducta omisiva del personal del HGZ 71, favoreció las condiciones de riesgo en la paciente para una propagación y gravedad del cuadro infeccioso que presentó, mismo que le provocó distintas complicaciones clínicas que derivaron en múltiples internamientos hospitalarios, en detrimento de su salud e incrementó el índice de morbilidad y mortalidad de la paciente, tal y como se detallará más adelante.

A.1. 2. INADECUADO SERVICIO MÉDICO A V EN EL CMN “LA RAZA”

a) Hospitalización de V en el CMN “La Raza” (6 de septiembre al 10 de octubre de 2018)

68. A las 23:08 horas del 6 de septiembre de 2018, V acudió al Servicio de Admisión Continua del CMN “La Raza” por presentar “anasarca y disnea” -es decir, datos sugestivos de hinchazón y dificultad para respirar-, según manifestó V a personal médico de ese nosocomio y quien también asentó en la Nota Médica respectiva lo siguiente: “...antes de su egreso [del HGZ 71] no fue valorada por el servicio de medicina interna, presenta misma sintomatología motivo por el cual es traída a este hospital...”.

69. En la aludida Opinión Médica de esta CNDH se advirtió que, el 7 de septiembre de ese año, V fue valorada por PSP4 quien indicó el traslado de V al HGZ 71, sin embargo, este no se realizó por razones no especificadas en el Expediente Clínico 2, aunque en su escrito de queja QVI indicó que, ante esa circunstancia, llamó a la



CONAMED y a este Organismo Autónomo para solicitar apoyo para que a V le fuera brindado el servicio respectivo.

70. Al día siguiente, es decir, el 8 de septiembre de 2018, V ingresó al SMI del CMN “La Raza” y en la Nota respectiva se asentó que, al ser valorada, AR5 del SCG indicó que V mostraba *“dolor abdominal asociado a drenaje epigástrico, ya con manejo”*, por lo cual determinó que: *“...debe continuar con tratamiento en cirugía general de su HGZ”* e incluso indicó su alta de ese servicio.

71. Pese a ello, V permaneció internada en el SMI del CMN “La Raza” en donde, debido a la presencia de mareo, náuseas y vómito, así como un probable absceso pulmonar y un cuadro de neumonía, le fueron practicados estudios de laboratorio, una radiografía de tórax, una tomografía simple de abdomen; asimismo, recibió valoraciones clínicas por los servicios de Cirugía General, Cirugía Cardiorácica, Infectología, Ginecología, así como Cirugía de Colón y Recto de ese CMN. Entre los días 10 al 15 de septiembre de 2018, V fue diagnosticada con la presencia de infección en sitio quirúrgico, probable neumonía y sospecha de *colitis pseudomembranosa*²¹.

72. En la valoración realizada, a las 14:00 horas del 11 de septiembre, AR6 del SCCyR estableció en su Nota médica que V presentaba *“...diarrea de 15 días d evolución, no ha aumentado ni disminuido, 5-6 evacuaciones/ día...”* (sic), sin embargo, al interpretar los resultados de una tomografía abdomino-pélvica, AR6

²¹ La *colitis pseudomembranosa* es una enfermedad inflamatoria intestinal inespecífica, causada por el bacilo *Clostridium Difficile*, el cual tiene como base el uso excesivo de antibióticos de amplio espectro -como ocurrió en el caso de V- ya que estos alteran la microfibras colónica y permite el sobrecrecimiento de esa bacteria.



determinó que -en esos momentos- V no contaba con datos de abdomen agudo ni falla a tratamiento médico, ni presentaba indicación para manejo quirúrgico, por lo cual decidió continuar tratamiento con esquema antibiótico. En ese mismo tenor, el día 12 de ese mes y año, pese la persistencia de cefalea, náuseas y vómito, PSP6 del SMI determinó agregar al manejo farmacoterapéutico, analgésico y antiemético, pues advirtió que AR6 había descartado que V cursara alguna patología abdominal quirúrgica de urgencia.

73. Esta CNDH destaca que, el 13 de septiembre de 2018, AR7 del SCG llevó a cabo un procedimiento quirúrgico para colocar a V un “acceso venoso” (suero) y retirarle el drenaje “Saratoga”, el cual se realizó sin complicaciones; asimismo, en su Nota médica, AR7 expuso lo siguiente: *“La conclusión actual por infectología es colitis pseudomebranosa, con esquema antimicrobiano ya establecido. Tiene estudio de imagen que descarta colección abdominal, o patología quirúrgica que justifique intervención quirúrgica o electiva, por lo que al retirarse el drenaje, ya no requiere vigilancia por nuestro servicio”*.

74. En el mismo sentido, el 14 de septiembre de ese año, según se advierte en la Nota médica en la que consta la valoración realizada a las 12:00 horas por AR6 del SCCyR determinó que V continuaba clínicamente sin datos de abdomen agudo al referir *“no hay urgencia quirúrgica que resolver por parte de nuestro servicio”*, pese a ello, reportó a V delicada y con pronóstico reservado; asimismo, PSP5 explicó que a V se le realizó radiografía simple de abdomen que indicó no contar con datos de colitis o megacolon, aunque precisó que reportó *“datos de edema interasa”* es decir, la posible acumulación de líquido en una parte del intestino.



75. En las siguientes horas, la salud V empeoró en su función gastrointestinal, náuseas así como vómito y, aunque, mostró una leve mejoría en el dolor abdominal, estudios de laboratorio practicados el 15 de septiembre de ese año, finalmente, llevaron a PSP6 a considerar que V cursaba con un *colitis severa complicada*, por lo que fue reportada clínicamente grave, con evolución tórpida y alto riesgo de complicaciones, lo cual también motivó que PSP5 solicitara interconsultas en los Servicios de Infectología y CCyR, mismas que se realizaron hasta el día 17 de ese mes y año.

76. Derivado de los resultados de estudios de laboratorio, radiografía y tomografía realizados a V, AR6 del SCCyR determinó que V cursaba “*CON ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO*”, razón por la que -previa valoración de anestesia y consentimiento informado-, después de las 23:00 horas del 17 de septiembre de ese año, V ingresó de urgencia a quirófano en donde se le practicó una *laparotomía exploradora, colectomía total²² e ileostomía²³* resultado de una colitis pseudomembranosa complicada que derivó en megacolon tóxico. Como hallazgos quirúrgicos de esa cirugía, AR6 estableció “*distensión de colon en todos sus segmentos, ascitis (1000 cc aproximadamente) y pseudo membranas en lumen de colon, así como hemorragia de 600 cc*”, motivo por el cual V fue reportada como grave, con alto riesgo de mortalidad.

77. En ese tenor, la Opinión Médica de esta CNDH establece que, inicialmente, AR5 desestimó los datos clínicos que V reportó desde su ingreso a ese CMN “La Raza”, ocurrido el 6 de septiembre de 2018, pues pese a que V cursaba con *dolor abdominal asociado con drenaje asociado a drenaje epigástrico*, AR5 determinó su

²² Extirpación del intestino grueso a partir de la parte más baja del intestino delgado hasta el recto.

²³ Abertura en el vientre (pared abdominal) que se hace mediante una cirugía.



alta médica del SCG y se limitó a indicar que debería continuar con su tratamiento en su HGZ, sin realizar estudios clínicos complementarios para desvirtuar con certeza un problema grave de salud en la paciente. Lo cual también ocurrió en el caso de AR7.

78. De igual modo, esta CNDH concluye que AR6 omitió proporcionar una atención médica de calidad e integral a V, pues a pesar de advertir que cursó con un cuadro diarreico de 15 días de evolución, náuseas, vomito y cefalea; drenaje abdominal con gasto purulento, estudios de laboratorio con respuesta de proceso infeccioso, así como una tomografía abdomino-pélvica con datos inflamatorios de colón, no ahondó en la problemática de salud de V para obtener un diagnóstico correcto que permitiera atender oportunamente su problema de salud y prevenir las complicaciones clínicas que presentó durante esa estancia en ese CMN.

79. Bajo ese contexto, el personal que elaboró la aludida Opinión Médica concluyó que el retraso de un diagnóstico clínico certero para V, favoreció el empeoramiento de su función gastrointestinal y derivó en un megacolon tóxico secundario a colitis pseudomembranosa complicada que motivó la práctica de urgencia de una intervención quirúrgica (tercera cirugía) para extirparle a V todo el intestino grueso, lo que comprometió gravemente su salud y aumentó la presencia de nuevas complicaciones clínicas diversas y que se sumaron a las que ya había cursado.

80. Como parte de su recuperación, V permaneció internada en el SMI de ese CMN “La Raza” hasta el 17 de octubre de 2018, cuando se decidió su egreso hospitalario con el diagnóstico “*posoperada de colostomía total más colocación de bolsa de ileostomía*”. Durante ese ese periodo posquirúrgico, V fue atendida en el SMI y fue valorada también por los servicios de Coloproctología, CCyR, Epidemiología;



asimismo, durante esa estancia intrahospitalaria V afrontó diagnósticos de insuficiencia cardíaca, probable oclusión intestinal y posible infección en sitio quirúrgico, lo cual motivó la realización de diversos estudios clínicos y de laboratorios.

81. El personal de esta CNDH que elaboró la aludida Opinión Médica no soslayó mencionar que en el Expediente Clínico 2 de V integrado con motivo de la atención que se le brindó en el CMN “La Raza”, el cual fue aportado por el IMSS, tampoco obran constancias clínicas relativas a las Notas médicas que el personal de ese nosocomio debió elaborar los días 24 de septiembre, así como 4 y 16 de octubre de 2018, para hacer constar cuál fue el servicio y tratamiento médico que le fue otorgado a la paciente, además de su evolución clínica o estado de salud.

b) Deficiente seguimiento clínico de cirugía en el CMN “La Raza”

82. El 30 de octubre de 2018, V fue valorada de manera “externa” por AR8 del Servicio de Proctología del CMN “La Raza” quien la reportó con signos vitales normales, tolerando vía oral, ileostomía (apertura en el vientre) funcional, con “VAC” -no indicó cuándo y quién colocó ese sistema-, abdomen blando depresible, no doloroso, sin datos agregados y asentó también que la exploración física V mostró “*herida quirúrgica con terapia vac con gastop turbulento*” (sic).

83. De acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, durante esa consulta externa de valoración, AR8 no proporcionó a V un manejo médico adecuado pues, aunque reportó datos clínicos que sugerían la presencia una infección en el sitio quirúrgico, omitió referir a la paciente al SU o indicar su ingreso hospitalario para una pronta atención y protocolo de estudio, situación que permitió prevaleciera el proceso



infeccioso y favoreció al incremento de complicaciones clínicas que desarrolló V en las semanas siguientes, así como los riesgos de morbilidad y mortalidad.

84. Posteriormente, a las 12:36 horas del 6 de noviembre de 2018, V fue valorada por el SMI del CMN “La Raza”, ocasión en la que, si bien, PSP6 indicó que V presentaba una posible dehiscencia de herida quirúrgica estatus de VAC, finalmente, determinó que no y precisó *“ileostomía funcional sin salida de materia purulento ni secreción, sistema VAC con adecuado drenaje”*; sin embargo, minutos más tarde, es decir, a las 14:55 horas, al ser valorada por PSP7 se indicó que la paciente presentaba *“dolor en sitio quirúrgico...con sistema VAC con fuga que cesó al colocar Tegardem²⁴”*.

85. En esa misma valoración, PSP7 decidió retirar bolsa de ileostomía por falta de funcionalidad y precisó que V presentaba evolución insidiosa por *“infección en sitio quirúrgico en manejo ambulatorio por la CHR”*; sin embargo, en la Opinión Médica de esta CNDH se hizo notar que el IMSS no aportó información que acreditara esa circunstancia, es decir, la atención brindada a V en la CHR, para así establecer cuál fue el beneficio que, en todo caso, el tratamiento proporcionado por esa unidad médica debió reportar a favor de la paciente.

c) Segunda hospitalización de V en el CMN “La Raza” -ocurrida del 20 de noviembre al 4 de diciembre de 2018-

86. A las 18:34 horas del 20 de noviembre de 2018, V volvió a acudir al SU del CMN “La Raza” por presentar un cuadro diarreico de 48 horas de evolución, lo cual motivó que PSP8 determinara su hospitalización e indicara la práctica de diversos estudios

²⁴ Apósito transparente para el cuidado de la piel y la fijación de vías intravenosas de forma segura.



de laboratorio e interconsultas clínicas. Al día siguiente, es decir, el 21 de noviembre de ese año, V fue internada en el SMI en donde se estableció como diagnóstico “*ileostomía de alta gasto por probable gastroenteritis infecciosa, probable acceso residual abdominal, probable neumonía adquirida en comunidad...*”.

87. Derivado de la condición clínica que V reportó durante su estancia en ese CMN “La Raza”, los días 21 y 22 de noviembre de ese año, se le realizó una tomografía abdomino-pélvica, un ultrasonido de control, así como estudios de gabinete que sugirieron valoraciones en los servicios de Coloproctología, Radiología Intervencionista y CCyR, ante la presencia de “*exudado turbio en bolsa colectora de terapia VAC*”, así como colección en pared abdominal y fosa iliaca derecha (absceso).

88. En ese orden de ideas, el 28 de noviembre de 2018, le fue retirado el Sistema VAC en la CHr del CMN “La Raza” y, en lo que respecta a la colección intraabdominal, el 29 de noviembre de ese año, se le realizó un drenaje subcutáneo por el Servicio de Radiología Intervencionista, cuya extracción de *200 cc de líquido* motivó la realización de un estudio citológico y citoquímico que reportó datos sugestivos de proceso infeccioso, así como la obtención de un cultivo que mostró resultados de “*Enterococcus fecalis*”²⁵.

89. Al respecto, el personal médico de esta CNDH estableció en la Opinión Médica del caso que, el IMSS también omitió aportar las constancias clínicas completas relativas a la atención médica brindada a V, en el periodo comprendido del 29 de noviembre al 4 de diciembre de 2018 (fecha en la cual V egresó de ese CMN “La Raza”), lo que impide conocer a detalle y con certeza cuál fue la evolución clínica

²⁵ Bacteria considerada como de las más resistentes y con mayor fracaso terapéutico.



de V, así como el tratamiento farmacéutico y seguimiento clínico integral que debió recibir, ni sobre las condiciones de salud que reportó V a su egreso de ese nosocomio.

90. Se concluye entonces que el IMSS no aportó evidencias para desvirtuar las manifestaciones de VQI respecto al deficiente servicio médico que afirmó se le brindó a V por el personal de ese CMN “La Raza”.

d) Reingreso de V al CMN “La Raza” y nueva hospitalización (16 al 24 de diciembre de 2018)

91. A las 23:37 horas del 16 de diciembre de 2018, -nuevamente- V ingresada de urgencia al CMN “La Raza” al presentar por más de 2 días salida de secreción purulenta y fétida por herida quirúrgica y náuseas. Al valorarla, PSP9 determinó *“ABDOMEN CON HERIDA QUIRÚRGICA DEHISCENTE²⁶ EN SU PARTE SUPERIOR Y MEDIA, SE OBSERVAN PARCHES CON PLATA DENTRO DE LA CAVIDAD, HAY SALIDA ABUNDANTE DE LIQUIDO PURULENTO VERDE Y FETIDO A TRAVES DE LA MISMA”*, por lo cual PSP9 integró el diagnóstico de sepsis e indicó su internamiento.

92. Al día siguiente, es decir, el 17 de diciembre de ese año, V fue internada en el SMI y, derivado de la valoración que le fue realizada, el personal médico indicó interconsulta en el SCG, ocasión en la cual AR9 estableció: *“sitio quirúrgico presenta hacia el tercio medio y extremo inferior dehiscencia, con gasto francamente fétido”*, aunado a ello, AR9 asentó también en la Nota médica que elaboró a las 17:45 horas de esa misma fecha, sobre el caso de V lo siguiente *“...se trata de paciente que fue*

²⁶ Separación posoperatoria de la incisión quirúrgica.



intervenido quirúrgicamente por el servicio de CIRUGIA DE COLON Y RECTO y se encuentra incluso en seguimiento en consulta externa por este servicio. La complicación actual se encuentra relacionada a dicha intervención por lo que deberá ser valorada por ese servicio. NO REQUIERE MANEJO QUIRURGICO POR PARTE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL” (sic).

93. En ese orden de ideas, la Opinión Médica de esta CNDH destacó que, el 22 de diciembre de 2018, V fue valorada en el SCCyR por AR6 quien, acorde a estudios de laboratorio y tomografía, expuso que la herida quirúrgica de V no reportaba datos de infección, tejido de granulación, ni “colección o fistulas”, por lo cual afirmó no ameritar cirugía e indicó continuar con curación con gasas, agua y jabón, así como aplicación posterior de “esteroide spray”, además de solicitar interconsulta en la CHR de ese CMN para capacitación de familiares para curación en domicilio.

94. De igual modo, el personal médico de esta CNDH observó que, 23 de diciembre de ese año, al advertir la presencia de secreción purulenta fétida por la herida quirúrgica de V, PSP5 del SMI agregó al manejo clínico otro antibiótico y, al día siguiente, personal de Enfermería reportó a V en los Registros Clínicos a V con “*Hx Qx [herida quirúrgica] con salida de líquido purulento por dehiscencia*”. A pesar de ello, a las 11:00 horas de ese día, el SMI determinó el Alta Médica de V, al considerar que cumplió 5 días con antibiótico, presentar mejoría generalizada y cursar “*con muy escasa secreción a nivel herida*”.

95. En ese sentido, en la Opinión Médica de esta CNDH concluyó que la atención otorgada durante su estancia en ese CMN “La Raza” durante el periodo comprendido del 16 al 24 de diciembre de 2018, fue inadecuada pues, aunque se estableció que el motivo de la presencia de V fue la recurrente salida de secreción



purulenta verde y fétida de su herida quirúrgica, AR6 y AR9 desestimaron su problema de salud y omitieron brindarle un tratamiento adecuado para combatir el cuadro infeccioso que le aquejaba, pues incluso, en el caso de AR9 se limitó a mencionar que la atención de la paciente tendría que ser en el SCCyR, sin proporcionar alguna alternativa o sugerencia que favorecía a resolver la situación.

96. De acuerdo con la Opinión Médica de esta CNDH, el personal médico del IMSS omitió brindar un tratamiento antibiótico efectivo y apegado a los resultados de la toma de cultivo con antibiograma y hemocultivo, indicar curaciones diarias en el sitio quirúrgico (incluso varias veces al día), drenaje mecánico de la zona afectada con abundante agua oxigenada y suero (generaría un efecto dual mecánico de arrastre y químico con el aporte de oxígeno que disminuye la proliferación de anaerobios), desbridamiento amplio de los tejidos, así como la “*destrucción de posibles puentes de fibrina*” que pudieran formar comportamientos de colecciones purulentas.

97. En consecuencia, el personal médico de esta CNDH estableció que estas omisiones en la atención médica de V, durante su estancia en el CMN “La Raza” ocurrida entre el 16 al 24 de diciembre de 2018, favorecieron en las condiciones para la evolución del proceso infeccioso, así como alteración en la cicatrización de la herida quirúrgica que enfrentó la paciente y que desencadenó en las complicaciones de salud por el incremento de los riesgos de morbilidad y mortalidad que desarrolló en las siguientes semanas previas a que perdiera la vida.

e) Cuarto ingreso hospitalario de V al CMN “La Raza” (19 de enero al 6 de febrero de 2019)

98. El 19 de enero de 2019, V acudió a cita médica a la CHr del CMN “La Raza” ocasión en la que el personal médico tratante asentó que la paciente volvió a



presentar “...salida de material purulento por herida quirúrgica...” y, derivado de ello, el 20 de enero de ese año, nuevamente, fue internada en el SMI de esa unidad hospitalaria y, a partir de la valoración clínica realizada a V, se estableció que “se deberá hacer desbridamiento de herida para activar nuevamente el proceso de cicatrización”. Por ese motivo, el SMI interconsultas en los Servicios de Infectología, CCyR y CG.

99. En ese orden de ideas, esta CNDH documentó que, derivado de la valoración clínica que, el 21 de enero de 2019, personal del Servicio de Infectología de ese CMN “La Raza” sobre el caso, determinó que V: “...cuenta con tomografía de hace 1 mes que reporta colecciones a nivel de tejido celular subcutáneo las cuales no fueron drenadas, el tratamiento primordial es quirúrgico y urgente ante datos de hipertensión y taquicardia”; sin embargo, al reportar el resultado de la valoración que, en esa misma fecha, AR10 respondió sobre el caso de V, lo siguiente: “...previamente valorada por nuestro servicio, sin urgencia quirúrgica, la paciente presenta una complicación de cirugía realizada por el servicio de colon y Recto, por lo cual el servicio [citado]...puede y debe resolver dicha complicación...”.

100. Cabe precisar que en la Opinión Médica de esta CNDH se hizo notar que, durante su estancia en ese CMN “La Raza” V presentó sangrado abundante en sitio quirúrgico que requirió vendaje compresivo, le fueron realizados estudios de gabinete y se le practicó una tomografía de abdomen que reportó “colección en pared abdominal desde hipogastrio²⁷ hasta nivel del pubis²⁸”, además de recabar también cultivo que reportó un cuadro bacteriológico²⁹, por lo que, el 25 de enero

²⁷ Región media anterior e inferior del abdomen.

²⁸ Parte inferior del vientre.

²⁹ *Klebsiella Oxytoca*, bacteria causante de infecciones como la neumonía o de vías urinarias.



de ese año, PSP10 del Servicio de Infectología del CMN integró el diagnóstico “*infección de sitio quirúrgico superficial y profundo*” e indicó “*sugiero drenaje quirúrgico, esto, acotará el tiempo de tratamiento con antibióticos y los posibles efectos secundarios ligados a su uso*”.

101. Pese a esa circunstancia, para esta CNDH cobra relevancia lo expuesto en la Nota médica elaborada por PSP5 del SMI ese mismo 25 de enero, sobre la respuesta otorgada a la petición formulada al SCG para atender a V: “*Se solicita interconsulta a servicio de cirugía general el día de hoy para que se realice drenaje de colección en pared abdominal, residentes de cirugía y jefatura comentan que este caso ya se ha revisado previamente, cuenta con 2 notas de cirugía general en las que se mencionan que se debe manejar por el servicio de coloproctología. Comentan que no se volverá a recibir interconsulta por esta paciente y en caso que coloproctología comente que no realizaran procedimientos ni manejo de su parte se comentará caso con Jefe de división de área quirúrgica*”.

102. En esa misma fecha, V fue valorada por AR6 del SCCyR quien, derivado de los estudios realizados, diagnosticó *infección de sitio quirúrgico incisional superficial* y afirmó que V no requería cirugía de urgencia ni manejo en tercer nivel, por lo cual precisó que podía ser enviada a su HGZ 71 para continuar con tratamiento.

103. Sobre el actuar y conducta del personal médico de los Servicios de Cirugía General, así como de Cirugía de Colón y Recto, destaca lo manifestado por PSP11 del SMI en la Nota médica del 1 de febrero de 2019, sobre la infección que V presentó en la herida quirúrgica, al referir: “*...llama la atención que las valoraciones de los servicios quirúrgicos comenten que NO amerita cirugía de URGENCIA, pero que tampoco descarten que la paciente amerite tratamiento quirúrgico...*”.



104. Del 2 al 5 de febrero de 2019, V continuó a cargo del SMI y fue reportada con los diagnósticos de infección supurativa moderada de tejidos blandos (colección en pared abdominal) y, finalmente, el 6 de febrero de ese año, PSP5 determinó su alta hospitalaria por evolucionar de manera satisfactoria; sin embargo, el personal médico de esta CNDH observó que, los días 5 y 6 de febrero de ese año, el personal de Enfermería reportó que V presentó *“hx qx [herida quirúrgica] con salida de líquido purulento”*.

105. Bajo esa premisa, el personal de esta CNDH que elaboró la respectiva Opinión Médica concluyó que la atención médica que V recibió en el CMN “La Raza” fue inadecuada e inoportuna pues, aunque, la paciente reingresó a ese nosocomio por continuar expulsando material purulento por herida quirúrgica, AR10 del SCG volvió a argumentar que esa complicación tenía origen en una cirugía realizada por el SCCyR y, por tanto, correspondería a esa área hospitalaria atenderla e incluso señaló que no aceptaría otra interconsulta de la paciente y, por su parte, AR6 del SCCyR se limitó a manifestar que el servicio médico que requería V tenía que ser otorgado en el HGZ que le correspondía.

106. Lo anterior, pese a que personal médico del SMI e Infectología coincidieron en referir insistentemente que el tratamiento idóneo era la realización de desbridamiento de herida (o aseo quirúrgico es la eliminación del tejido muerto, dañado o infectado para mejorar la vitalidad del tejido restante) para así reactivar el proceso de cicatrización, además de requerir lavado quirúrgico de la herida; sin embargo, esas observaciones clínicas e incluso el reporte tomográfico que documentó una colección en la pared abdominal de V, así como la obtención de un cultivo que reportó la presencia de bacteria de fácil extensión, además de la propia condición de salud de V fueron totalmente desestimadas.



107. Al respecto, el artículo 9 del RLGS dispone que la atención médica que proporcionen los profesionales de la salud deberá otorgarse conforme a los principios científicos y éticos que orienten la práctica médica; asimismo, esa normativa en su artículo 48 establece que es derecho de los usuarios de los servicios medios “*obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares*”.

108. En ese contexto, esta CNDH observó que la conducta de AR6 y AR10 se desapegó de su deber esencial de brindar un servicio de calidad y ético a la paciente pues, si bien, pudieran existir razones administrativas, clínicas e incluso normativas sobre el tipo de prestación de servicio que, en ese momento, requería V -ya sea por ser un tratamiento clínico que podría proporcionársele en su HGZ o por tratarse de un padecimiento derivado de un procedimiento quirúrgico practicado en un distinto servicio médico-, lo cierto es que, no hay motivo alguno que justifique la apatía e indolencia con la que se condujeron, situación que, evidentemente, trajo repercusiones en la salud de V, pues no logró una franca recuperación, ante la omisión de brindarle un tratamiento eficaz³⁰.

f) Última estancia hospitalaria de V en el CMN “La Raza” del 19 al 25 de febrero de 2018

109. Ante la persistencia de la salida de material purulento en la herida quirúrgica y presencia de un absceso en la pared abdominal, a las 14:03 horas del 9 de febrero

³⁰ El artículo 5, segundo párrafo del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS dispone 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*”.



de 2018, nuevamente, V fue llevada por sus familiares al SU del CMN “La Raza”, en donde, PSP9 le diagnosticó “infección local de piel y tejido subcutáneo³¹”; asimismo, indicó estudios de laboratorio, ayuno, soluciones intravenosas, paracetamol, medidas generales, así como valoración en el SCCyR.

110. Durante su estancia hospitalaria, V fue valorada por personal médico del SMI quienes confirmaron el proceso infeccioso que presentó la paciente “sepsis de partida abdominal, absceso de pared abdominal”, además de advertir la presencia de un desequilibrio hidroelectrolítico, acidosis metabólica e incluso daño renal que requirió valoración en el Servicio de Nefrología, así como la práctica de un electrocardiograma, motivos por los cuáles fue reportada grave, con pronóstico reservado a evolución.

111. De acuerdo con el análisis realizado por personal médico de esta CNDH se destacó que, los días 21 al 24 de febrero de 2018, V permaneció hospitalizada a cargo del SCCyR del CMN “La Raza”, con el diagnóstico “*infección de tejidos blandos de pared abdominal*” y que, durante esa estancia hospitalaria, el 21 de febrero de año, AR6 indicó que V requería curaciones de la herida 2 veces al día con cambio de apósito y antibiótico de amplio espectro; sin embargo, no existe evidencia cuándo fueron realizadas ni a cargo de quién quedó esa tarea médica.

112. De igual modo, en la Opinión Médica de esta CNDH, se hizo constar que en la Nota de evolución del 24 de febrero, AR6 reiteró que V continuaba con “*PRESENCIA DE SALIDA DE EXUDADO PURULENTO*” y precisó que, si bien las patologías de base se encontraban compensadas, persistían con complicaciones quirúrgicas; no obstante, afirmó que podía continuar con tratamiento y atención en

³¹ Debajo de la piel.



su HGZ, pues argumentó: *“INGRESADA A NUESTRO SERVICIO QUIRÚRGICO SIN CRITERIO MÉDICO PARA ESTA DECISIÓN, DURANTE ESTANCIA SE HA NOTADO CON CONTAMINACIÓN DE HERIDA CON ESTOMA, LO QUE PUDIESE CONDICIONAR EL PERPETUAR PROCESO INFECCIOSO”* y asentó también que V reportó buena respuesta a las curaciones y no tener indicación de drenaje quirúrgico, por lo que insistió que la paciente sería trasladada a su HGZ.

113. En ese tenor, el personal médico de este Organismo Autónomo destacó también que, a pesar de que AR6 reiteró en su Nota médica que al valorar a V advirtió que prevalecía salida de material purulento de la herida quirúrgica, pese a ello, se determinó su egreso hospitalario a su domicilio en ambulancia y, si bien, se estableció que tendría que dar seguimiento en su HGZ, curación de heridas cada 12 horas, así como diversos cuidados, la realización de ultrasonido e incluso dieta seca para diabetes, no estableció cuál fue el tratamiento fármaco-terapéutico que le recetó para atender su cuadro clínico, pues en el Expediente Clínico 2 no obra anotación alguna sobre ello .

114. Al respecto, el personal de esta CNDH que elaboró la respectiva Opinión Médica reiteró que, pese a que durante ese periodo de internamiento hospitalario V continuó con datos de infección local en la piel y tejido subcutáneo, debido a que desde su ingreso indicó que persistía la salida de secreción purulenta en herida quirúrgica abdominal -tal y como ocurrió en las anteriores hospitalizaciones-, así como la presencia de un proceso de sepsis (doble foco infeccioso, tejidos blandos en pared abdominal y urinario), no recibió un manejo clínico adecuado pues, si bien, cedieron algunas patologías clínicas de fondo, lo cierto es que se le otorgó su alta hospitalaria sin la realización de un cultivo con antibiograma y/o urocultivo para



modificar tratamiento, pues se tiene constancia que V ya había recibido múltiples esquemas de antibiótico que no limitaron ni atacaron el proceso infeccioso.

115. Aunado a lo anterior, esta CNDH observó también que, AR6 y AR10 de ese CMN “La Raza” omitieron proporcionar a V un manejo clínico adecuado al padecimiento de V ya que, únicamente, se limitaron en reiterar que el servicio médico que requería podría ser brindado en su HGZ, no fue trasladada a ese nosocomio como se indicó, sino a su domicilio, sin conocer el motivo de esa decisión, ni el tratamiento farmacológico que se le recetó, ya que no fue indicado por AR6 durante su alta médica, factores que, acorde a la Opinión Médica de este Organismo Autónomo, condicionaron el estado de salud de V, al provocar su deterioro clínico y, finalmente, derivaron en la pérdida de su vida.

❖ **Pérdida de la vida de V**

116. A las 19:30 horas del 9 de marzo de 2019, V fue llevada por sus familiares al SU del CMN “La Raza”, ocasión en la cual fue valorada en el área de “Traige” y acorde a la puntuación que recibió “0” y “color rojo” se determinó que requería atención inmediata por encontrarse en paro cardiaco y pese a las maniobras clínicas efectuadas por el personal de salud, V no logró recuperar la circulación sanguínea y perdió la vida a las 19:50 horas de ese día.

117. De acuerdo con lo asentado en el Certificado de Defunción, las causas de la pérdida de la vida de V: taquicardia ventricular (20 minutos), choque séptico (3 horas), sepsis no especificada³² (3 días), diabetes mellitus tipo 2 (18 años) e hipertensión arterial sistémica (19 años).

³² Afección médica grave, causada por una respuesta inmunitaria fulminante a una infección.



118. En la multicitada Opinión Médica de esta CNDH se estableció que el choque séptico es una complicación grave y de elevada mortalidad, misma que, en el caso de V, se encuentra estrecha y directamente relacionada con la evolución de la infección en el sitio quirúrgico a nivel abdominal de larga evolución que, acorde a las consideraciones vertidas, no fue debidamente atendida desde el mes de agosto de 2018, es decir, prevaleció ese problema de salud de V por más 7 meses, sin recibir una atención adecuada y oportuna.

119. En consecuencia, este Organismo Autónomo concluye que el personal médico del IMSS no llevó a cabo un manejo clínico adecuado e integral de la problemática de salud que presentó V desde su primer alta médica hospitalaria -ocurrida el 10 de agosto de 2018, luego de la cirugía programa que se le realizó para extirparle la vesícula- situación que prevaleció en las subsecuentes hospitalizaciones, lo cual favoreció a incrementar los diversos factores de riesgo y las complicaciones que presentó ante la evolución de una infección en el sitio quirúrgico que no cedió por la falta de un tratamiento eficaz, pertinente y acorde a su estado clínico, lo cual sumado a las morbilidades que V presentaba, comprometió su condición médica e incluso su vida.

B. DERECHO A LA VIDA

120. El Derecho a la Vida que se encuentra reconocido y consagrado en diversas disposiciones normativas a nivel nacional e internacional³³, por lo cual es obligación del Estado mexicano -por conducto de sus instituciones- adoptar las medidas

³³ Entre los documentos nacionales e internacionales, destacan los siguientes: artículos 1º, párrafo primero y 29, párrafo tercero de la CPEUM; 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.



necesarias para promover, garantizar, respetar y proteger ese derecho humano fundamental.

121. En su Cuadernillo de Jurisprudencia número 21, la CrIDH estableció: *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él”*.³⁴

122. Por su parte, la SCJN ha establecido que el Derecho a la vida *“...impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)”*.³⁵

³⁴ Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, número 21. “Derecho a la Vida”, página 5 <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>.

³⁵ “Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011, y registro 16319.



B.1 VIOLACIÓN AL DERECHO A LA VIDA DE V

123. Esta Comisión Nacional establece que, en el presente asunto, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V, por AR2, AR3 y AR4 del HGZ 71, así como AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10 adscritos al CMN “La Raza”, son también el soporte para acreditar la violación a su Derecho a la vida.

124. Lo anterior es así, pues esta CNDH advirtió que, durante su estancia en el HGZ 71, ocurrida entre el 11 de agosto al 5 de septiembre de 2018, V no recibió una atención médica adecuada por parte de AR2, AR3 y AR4 respecto al problema clínico que padecía respecto a un absceso residual abdominal derivado de la cirugía laparoscópica que se le practicó días previos para extirparle la vesícula, pues, si bien, se le practicó una nueva cirugía para drenar el absceso, esa intervención quirúrgica no fue suficiente para resolver el cuadro infeccioso que le aquejaba, mismo que se agravó en los siguientes días.

125. En ese mismo tenor, este Organismo Autónomo advirtió que V fue dada de alta de ese HGZ 71 sin confirmar o descartar la evolución del proceso infeccioso en su herida quirúrgica y, pese a ello, fue dada de alta, situación que le ocasionó diversas complicaciones clínicas y provocó constantes hospitalizaciones, en las que aumentaron las condiciones de riesgo de morbilidades e incluso de mortalidad.

126. De igual modo, el análisis y estudio exhaustivo realizado a las constancias que integran el Expediente Clínico 2, integrado con motivo de la atención médica que se brindó a V en el CMN “La Raza”, permite evidenciar que, durante sus hospitalizaciones ocurridas del 6 al 10 de octubre de 2018, 16 al 24 de diciembre de ese mismo año, así como 19 de enero al 6 de febrero y 19 al 25 de febrero, V no



recibió una atención médica integral, pues AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10 - personal médico especializado que la trató- no llevaron a cabo una integración diagnóstica del cuadro infeccioso que le aquejó desde la cirugía practicada el 8 de agosto de 2018, lo cual desencadenó en distintas complicaciones clínicas que, incluso, ocasionaron que fuera necesario extirparle el intestino y, pese a ello, el seguimiento médico que se le brindó fue deficiente, ya que no se atendió íntegramente su problema clínico el cual continuó y fue un factor determinante cuando perdió la vida.

127. A estas omisiones en la integración diagnóstica y el servicio médico proporcionado a V, se suma también el trato indiferente y la conducta indolente que mostraron AR6 y AR9, pues bajo el argumento de que *“le correspondía a su HGZ otorgarle la atención respectiva”* omitieron llevar a cabo las acciones necesarias para brindarle un servicio clínico de calidad y calidez traducido en la debida implementación de estudios clínicos y tratamientos efectivos para garantizar la debida recuperación de su salud.

128. Es importante destacar que la Opinión Médica de esta CNDH estableció que, en todas las ocasiones que a V se le otorgó su alta hospitalaria, aún prevalecían datos que sugerían la presencia de un proceso infeccioso en su herida quirúrgica; sin embargo, esa situación fue desestimada por el personal de salud, lo cual incrementó los riesgos de morbilidad y mortalidad de la paciente ante la posibilidad inminente diseminación del proceso patológico que le aquejaba y que, incluso, derivó en una sepsis que fue considerada como una de las causas de su deceso, sumada a las enfermedades crónico degenerativas que padecía.



129. Bajo esa premisa, esta CNDH concluye que, pese a que el personal médico del HGZ 71 y el CMN “La Raza” a cargo la atención médica de V durante sus estancias hospitalaria, tenía la obligación y deber de brindarle un servicio integral encaminado a conocer a fondo el origen y evolución del cuadro infeccioso que presentó desde la primera cirugía, no realizaron las acciones necesarias e indispensables para tratar ese problema clínico, el cual evolucionó de tal manera que, no solo ocasionó la extirpación de un órgano vital como lo es el intestino, sino que derivó en una condición de gravedad que, a mediano plazo, ocasionó la pérdida de la vida de V.

C. DERECHO AL TRATO DIGNO, DEBIDO A LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD³⁶ DE V, COMO PERSONA ADULTA MAYOR

130. Estrechamente vinculado con el Derecho a la Protección de la Salud -por las diversas obligaciones del Estado respecto a prestar servicios médicos de calidez y calidad para la conservación y recuperación del estado óptimo de salud de las y los pacientes- se encuentra el Derecho al Trato Digno, el cual se define como *“la prerrogativa que tiene todo ser humano a que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales, de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, generalmente aceptadas por los miembros de la especie humana y reconocidas por el orden jurídico”³⁷.*

131. Al respecto, la CPEUM en su artículo 1º, párrafo quinto, prohíbe cualquier acto que: *“...atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o*

³⁶ La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad, a aquel “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.”

³⁷ SOBERANES Fernández José Luis. “Hechos violatorios de los Derechos Humanos. Manual para su calificación.” Editorial Porrúa. 3ª Edición. México, 2019, página 275.



menoscabar los derechos y libertades de las personas”; asimismo, los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al Derecho de toda persona a recibir un trato digno y disponen que es obligación de las autoridades y personas servidoras públicas en el ejercicio de sus funciones promover, proteger, así como asegurar el goce sus Derechos Humanos y libertades.

132. Así, el Derecho al Trato Digno adquiere especial relevancia tratándose de personas adultas mayores³⁸ quienes suelen requerir una atención prioritaria en esa etapa de su vida, pues acorde a lo establecido en los artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores³⁹ y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, establecen que se trata de una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado ya que su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales

³⁸ El artículo 3, fracción I, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores establece que son personas adultas quienes tienen 60 años o más.

³⁹ OEA. “*Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*”. Adoptada en Washington, D.C., Estados Unidos, 15 de junio de 2015. Aprobada de forma unánime por el Senado de la República el 13 de diciembre de 2022 y publicada el 10 de enero de 2023 en el Diario Oficial de la Federación; si bien al momento de los hechos dicha Convención no se encontraba vigente, es utilizada con carácter orientador. Adicionalmente, a partir del Decreto Promulgatorio de 20 de abril de 2023 la actuación de las autoridades debe ser en observancia a dicho tratado internacional.



obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.⁴⁰

133. La CrIDH ha resaltado la importancia de: “...visibilizar a las personas mayores como sujetos de derechos con especial protección y por ende de cuidado integral...”. Además, ese Organismo Internacional ha definido a las personas adultas mayores, “...como grupo en situación de vulnerabilidad...”, y, por ello, ha sostenido que los Estados tienen “...una obligación reforzada de respeto y garantía de su derecho a la salud...”⁴¹, razón por la cual “...deben tener protegida su salud en caso de enfermedades crónicas y en fase terminal...”⁴²

134. En ese tenor, la CNDH ha establecido que las personas adultas con enfermedades crónico-degenerativas o no transmisibles se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad respecto al ejercicio de su Derecho a la Protección de la Salud pues, además de requerir de atención prioritaria, integral e inmediata que les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su de su manejo clínico que alcancen un mayor bienestar posible.⁴³

135. Al momento de los hechos, V era una mujer adulta mayor y padecía enfermedades crónico-degenerativas diabetes e hipertensión arterial de más de 15

⁴⁰ Artículos 17, párrafo primero, del “Protocolo de San Salvador”; 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

⁴¹ CrIDH. “Caso Poblete Vilches Vs. Chile y otros”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párrafo 132.

⁴² Ibidem.

⁴³ CNDH. Recomendación 54/2023, párrafo 66.



años de evolución que condicionaban su estado de salud, es decir, se trataba de una persona adulta mayor en situación de vulnerabilidad que requería una atención médica preferente, oportuna e integral respecto al proceso infeccioso que surgió después de la cirugía que, el 8 de agosto de 2018, se le practicó para extirparle la vesícula, situación que se prolongó por casi 7 meses, ya que perdió la vida el 9 de marzo de 2019.

136. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sustentan la inadecuada atención médica de V por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10 sirven de soporte para acreditar la violación a su Derecho al Trato Digno de V.

137. Aunado a ello, la CNDH documentó también que, a su reingreso a ese HGZ 71, ocurrido el 10 de agosto de 2018, V permaneció más de 10 horas sentada en una silla de ruedas, pese a encontrarse delicada de salud y recién operada; asimismo, el personal médico de que elaboró la respectiva Opinión Médica evidenció que, durante su estancia en ese nosocomio, V sufrió una caída por falta de cuidado del personal médico y de enfermería que la tuvo a su cargo, lo cual se considera un evento adverso en su evolución clínica y para la recuperación de su salud.

138. Lo anterior es así, pues acorde a lo analizado en la Opinión Médica de esta CNDH permitió evidenciar que, con su actuar, AR2, AR3 y AR4 del HGZ 71, desestimaron el proceso infeccioso que reportó V durante su estancia en ese nosocomio, ocurrida entre el 11 de agosto al 5 de septiembre de 2018, pues no le practicaron los estudios clínicos idóneos para atender ese problema de salud y, pese a ello, se le brindó su alta hospitalaria.



139. En ese mismo sentido, este Organismo Autónomo advirtió que AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10 adscritos al CMN “La Raza” mostraron una conducta omisiva para proporcionar un servicio médico de calidad y calidez a V, pues se observó que cuando les correspondió atender a V durante las distintas estancias en esa unidad de salud, desatendieron y desestimaron su problema de salud originado por una infección en el sitio quirúrgico que se complicó al grado incluso de requerir una cirugía para extirparle el intestino y, pese a no ceder el cuadro infeccioso, fue dada de alta, sin proporcionarle un tratamiento efectivo, lo cual aumentó las condiciones de riesgo en su salud y, desencadenó en la pérdida de la vida de V.

140. Sobre este aspecto, la CNDH ha enfatizado que, por sí sola, la labor médica no es una garantía de la recuperación de la salud de una persona enferma, pues su efectividad se encuentra condicionada y vinculada al empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica, el diagnóstico, tratamiento oportuno y las circunstancias concurrentes en cada caso, lo cual contribuye al mejoramiento de las condiciones de un paciente⁴⁴, situación que, como ha sido expuesto, no aconteció en el caso de V.

141. Lo anterior es así, pues si bien, durante los internamientos hospitalarios que tuvo V le fueron realizados diversos estudios clínicos, además de proporcionarle distintos tratamientos farmacoterapéuticos que lograron “estabilizar” algunas patologías en su salud, lo cierto, es que esta CNDH concluye que la atención médica que le fue proporcionada, *per se*, no fue integral ni eficiente, ya que como se ha sostenido, el personal médico del IMSS omitió completar el cuadro clínico certero sobre el proceso infeccioso que le aquejó a V desde su primera cirugía, ya sea por

⁴⁴ CNDH, Recomendación 42/2021, párrafo 68.



falta de estudios, ausencia de resultados de cultivos y la omisión de corroborar la respuesta del tratamiento en la paciente, la constante desestimación de la progresión infecciosa e incluso por el reiterado argumento de tratarse de un padecimiento que no correspondía atender en un determinado servicio o unidad médica.

142. Por tal motivo, esta Comisión Nacional concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10 incurrieron en negligencia por omisión, incumpliendo con lo dispuesto en el “Código de conducta para el personal de Salud 2002”, que en el rubro de “Estándares de trato profesional” establece en los puntos 2, 3, 20 y 27, lo siguiente: *“Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta”; “se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”; “Proporcionará atención de urgencia a todo paciente, cuando esté en peligro su vida, un órgano o una función, sin distinción de cualquier tipo, con el propósito de estabilizar sus condiciones clínicas para que pueda recibir el tratamiento definitivo donde corresponda”; “Se apegará invariablemente a las normas oficiales, así como a los programas, protocolos y procedimientos establecidos en su institución para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes”.*

143. Esto significa que, estas omisiones que derivaron en la vulneración al Derecho a la Protección de la Salud de V, se encuentran estrechamente vinculadas a su Derecho al Trato Digno, pues la falta de un diagnóstico oportuno, íntegro y acertado no favoreció a la posibilidad de que V recibiera un tratamiento idóneo a su condición clínica, sino que este fue aplazado y condicionado al argumento que esto



correspondería, en todo caso, a un segundo nivel de atención hospitalaria, sin considerar la gravedad del estado clínico de V como se ha mencionado.

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

144. La CPEUM, en su artículo 6º, segundo párrafo, de la CPEUM, dispone que, *“Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información”* y establece también que es, precisamente, el Estado el encargado de garantizar ese Derecho.

145. En la Recomendación General 29, *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, este Organismo Autónomo estableció 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”*⁴⁵.

146. En la citada Recomendación General 29, esta Comisión Nacional sostuvo también que el Derecho de acceso a la información en materia de Salud contenida en un Expediente Clínico, da lugar a que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se les brinda⁴⁶.

⁴⁵ CNDH. 31 de enero de 2017, párrafo 27.

⁴⁶ El Derecho a la Información en materia de Salud comprende: **1)** el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; **2)** la protección de los datos personales; y **3)** la información debe cumplir con los principios de: **a. Accesibilidad:** que se encuentre disponible para el paciente; **b. Confiabilidad:** que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; **c. Verificabilidad:** que se pueda



147. Bajo esa premisa, la NOM-004-SSA3-2012 define que: “[...] *el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo*”.

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

149. De acuerdo con el análisis realizado por el personal médico de esta Comisión Nacional que elaboró la respectiva Opinión Médica sobre el caso de V, se determinó la existencia de diversas omisiones relacionadas con el cumplimiento de la NOM-004-SSA-2012 ya que en diversas notas médicas, hojas de indicaciones y/o enfermería no se asentó el nombre completo, cargo y/o cedula profesional, ni la firma de la persona servidora pública que las realizó, algunas tampoco indican la

corroborar con la institución médica tratante; **d. Veracidad:** que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y **e. Oportunidad:** mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.



fecha y/u hora de elaboración, además muchas de ellas se encuentran ilegibles o incompletas⁴⁷.

150. En ese tenor, se destaca que, si bien, en el apartado 7 denominado “Medicamentos” de la Nota de Alta y Prealta de 10 de agosto de 2018, AR1 marcó el recuadro “(SI)” para indicar que le fue proporcionado tratamiento medicinal a V, lo cierto, es que esos fármacos no fueron enlistados o descritos en la respectiva Nota médica, ni obra constancia de alguna anotación o receta al respecto en el aludido Expediente Clínico 1, lo cual impide conocer íntegramente cuál fue el manejo clínico que, en todo caso, le debió haber sido recetado a V a su egreso del HGZ 71, ocurrido el 10 de agosto de 2018.

151. De igual modo, esta CNDH advierte con preocupación que el personal médico del HGZ 71 omitió elaborar e/o integrar las notas médicas del *20, 21, 22, 24, 27, 28, 29, 30 y 31 de agosto, así como 3 y 4 de septiembre de 2018*, es decir, la inexistencia de constancias médicas por más de 10 días sobre la atención clínica que V recibió en ese nosocomio, lo que representa un verdadero obstáculo para conocer cuál fue su evolución clínica, así como el tratamiento, atención y seguimiento que se le debió proporcionar, considerando la gravedad de su condición clínica y tratarse de una persona de edad avanzada, diabética, hipertensa, recién operada que cursaba un proceso infeccioso derivado de una cirugía laparoscópica.

152. Si bien, el 24 de febrero de 2022, el IMSS informó a este Organismo Autónomo que, entre otras acciones como dar vista al OIC y presentar una PREDENUNCIA,

⁴⁷ El apartado 5.10 de la NOM dispone 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.”



como medida de no repetición se difundió entre el personal del HGZ 71 la aludida NOM-004-SSA3-2012; sin embargo, esta CNDH considera que esta acción es insuficiente pues se pretendió acreditar la efectividad de esa acción, cuando únicamente fueron aportados los listados de las firmas de acuse de recepción de ese documento, sin que ello permita deducir la comprensión del personal médico y/o enfermería sobre la importancia de su alcance y contenido, como ocurre en casos de cursos de capacitación y campañas de difusión.

153. En el mismo tenor, se advierte con preocupación que, si bien, el IMSS informó sobre la interposición de una PREDENUNCIA para investigar el posible extravío de las constancias del Expediente Clínico 1, lo cierto es que la FGJ del Estado de México precisó no tener registro alguno de esa indagatoria o alguna Carpeta de Investigación relacionada con esos hechos, lo cual evidencia la falta de importancia o desinterés respecto a la gravedad que representa esa problemática.

154. Con la misma inquietud se observó también que, en el caso del Expediente Clínico 2, integrado con motivo de la atención médica que recibió V en el CMN “La Raza”, el personal médico y de enfermería omitió elaborar e/o integrar diversas Notas médicas relacionadas con la atención y seguimiento clínico que recibió V en ese tercer nivel de atención, los días 24 de septiembre, así como el 4 y 16 de octubre, así como en el periodo comprendido del 29 de noviembre al 4 de diciembre de 2018.

155. De igual modo, llama la atención de este Organismo Autónomo lo expuesto por SPX adscrita a la CHr del CMN “La Raza” en el informe que rindió el 18 de febrero de 2022, en el cual explicó que “...*las Enfermeras asignadas a la Clínica de Heridas y Estomas, no tienen acceso a realizar notas en el sistema Institucional de*



Optimización de Camas (SIOC) y en sistema Expediente Clínico Electrónico (ECE), por lo que los informes de seguimiento se dan de manera verbal al médico solicitante...”, situación que evidencia un total desapego a lo dispuesto en la citada NOM-004-SSA3-2012.

V. RESPONSABILIDAD

V.1 RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

156. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, la responsabilidad en el desempeño de sus funciones de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10, provino de la falta de diligencia con la que se condujeron dichas personas servidoras públicas en la atención médica proporcionada a V como quedó acreditado con las conductas y omisiones descritas en la presente Recomendación, lo cual derivó en violaciones a los Derechos Humanos a la Protección de la Salud y Trato Digno de V, pues no le brindaron una atención oportuna y acorde a su estado clínico, lo cual repercutió en su condición de salud y, posteriormente, en su deceso.

157. Asimismo, esta CNDH concluye que el personal de salud del IMSS es responsable por contravenir los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero; 4º, párrafo cuarto, Constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III, 32; 51, párrafo primero; 51 bis 1; y 61, fracción II, de la Ley General de Salud; Consecuentemente, este Organismo Autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10 inobservaron los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, eficacia y eficiencia



que rigen el servicio público, previstos en el artículo 7 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, conforme a lo siguiente:

AR	Unidad/ Servicio	Acto u omisión
AR1	HGZ 71 SCG	<ul style="list-style-type: none"> Al egreso hospitalario de V ocurrida el 10 de agosto de 2019, indicó en la Hoja de Alta que proporcionó medicamento a la paciente, pero no describió o enlistó cuál fue ese tratamiento farmacéutico.
AR2	HGZ 71 SCG	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionó atención médica a V durante su estancia hospitalaria ocurrida entre el del 11 de agosto al 5 de septiembre de 2018 y, a pesar de contar con diversos indicios sobre la propagación del cuadro infeccioso que le aquejaba, incluida la salida de material purulento por drenaje, no estableció un diagnóstico certero. Durante esa estancia ocurrió el posible extravío de constancias médicas y también V tuvo una caída por falta de cuidado.
AR3	HGZ 71 SCG	<ul style="list-style-type: none"> A pesar de contar con diversos indicios sobre la propagación del cuadro infeccioso que le aquejaba, incluida la salida de material purulento por drenaje, determinó el alta médica de V. Durante esa estancia ocurrió el posible extravío de constancias médicas y también V tuvo una caída por falta de cuidado.
AR4	HGZ 71 SCG	<ul style="list-style-type: none"> Tenía a su cargo la Jefatura del SCG durante la estancia hospitalaria ocurrida entre el del 11 de agosto al 5 de septiembre de 2018 y, a pesar de contar con diversos indicios sobre la propagación del cuadro infeccioso que le aquejaba, incluida la salida de material purulento por drenaje, no estableció un diagnóstico certero. Durante esa estancia ocurrió el posible extravío de constancias médicas y también V tuvo una caída por falta de cuidado.
AR5	CMN "La Raza" SGC	<ul style="list-style-type: none"> Al valorar a V a su ingreso ocurrido el 6 de septiembre de 2018, desestimó su condición clínica y se limitó a indicar que su atención debería ser otorgada en su HGZ.



		<ul style="list-style-type: none"> No se asentó su nombre en la citada Nota de valoración.
AR6	CMN "La Raza" SGC	<ul style="list-style-type: none"> Durante la estancia hospitalaria de V en ese CMN ocurrida entre el 6 de septiembre al 10 de octubre de 2018, no le otorgó una atención médica integral y de calidad pues, pese a contar con diversos indicios sobre una colitis pseudomembranosa complicada, aplazó su atención quirúrgica, lo cual motivó incluso que fuera necesario extirpar a V su intestino. De igual modo, durante la hospitalización de V, ocurrida entre 16 al 24 de diciembre de 2018, desestimó también la persistencia del proceso infeccioso en su herida quirúrgica, lo que contribuyó a diversas complicaciones posteriores.
AR6	CMN "La Raza" SCCyR	<ul style="list-style-type: none"> En la hospitalización de V, entre el 19 de enero al 6 de febrero de 2019, se limitó a mencionar que la paciente podría ser atendida en su HGZ, sin proporcionar un diagnóstico tratamiento clínico para atender el cuadro infeccioso que persistía y desencadenó en una sepsis de larga evolución que aumentó las condiciones de morbilidad y mortalidad de V. Finalmente, durante la última estancia de V en ese CMN, ocurrida del 19 al 25 de febrero de 2019, insistió que su problema de salud debía atenderse en su HGZ.
AR7	CMN "La Raza" SGC	<ul style="list-style-type: none"> En la valoración clínica realizada a V el 13 de septiembre de 2018, estableció que la paciente no requería un procedimiento quirúrgico de ese SCG, pese a cursar con un proceso infeccioso delicado.
AR8	CMN "La Raza" SGC	<ul style="list-style-type: none"> En la valoración clínica externa que, el 30 de octubre de 2018, realizó a V no le brindó un servicio integral pues, aunque la paciente reportó datos clínicos que sugerían la presencia una infección en el sitio quirúrgico, omitió referirla al SU o indicar su ingreso hospitalario.



AR9	CMN "La Raza" SGC	<ul style="list-style-type: none"> En la hospitalización de V, entre el 16 al 24 de diciembre de 2018, se limitó a mencionar que la atención de la paciente tenía que ser proporcionada por el SCCyR, sin brindarle un servicio clínico, pese a la infección en sitio quirúrgico que le aquejaba.
AR10	CMN "La Raza" SGC	<ul style="list-style-type: none"> En la hospitalización de V, entre el 19 de enero al 6 de febrero de 2019, se limitó a mencionar que la paciente tendría que ser atendida por el SCCyR, sin proporcionar un diagnóstico tratamiento clínico para atender el cuadro infeccioso que persistía y desencadenó en una sepsis de larga evolución que aumentó las condiciones de morbilidad y mortalidad de V.

158. En consecuencia, se determina que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10, con la calidad de personas servidoras públicas al momento de ocurrir los actos y omisiones que vulneraron los Derechos Humanos de V, con su conducta contravinieron la legalidad, objetividad, eficacia, profesionalismo, honradez y respeto que deben observarse en el desempeño del cargo, empleo o comisión, mismos que son principios rectores del servicio público federal, conforme a lo ordenado en los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII, así como 49, fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

159. Si bien, se advierte que los hechos ocurrieron entre 2018 y 2019, lo cierto es que, ello no es impedimento para que esta CNDH lleve a cabo las acciones que sean procedentes y encaminadas a esclarecer la participación y/o responsabilidad de cada una de las personas servidoras públicas involucradas en los hechos violatorios en agravio de V, a fin de que la autoridad competente resuelva lo que conforme a Derecho proceda y, así, evitar que esas conductas vuelvan a ocurrir.



V.2 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

160. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° Constitucional, se establece que: *“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.”*

161. La promoción, respeto, protección y garantía de los Derechos Humanos reconocidos 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 esos Tratados Internacionales.

162. 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.

163. En la presente Recomendación quedó expuesta la contravención a los artículos 6 y 55 de la Ley General de Salud por parte del personal médico y administrativo del HGZ 71 del IMSS, en el Estado de México, pues durante la estancia de la paciente en ese nosocomio, ocurrida el 11 de agosto al 5 de septiembre de 2018, esta CNDH advirtió que, a su ingreso en el SU, V permaneció más de 10 horas sentada en una silla metálica, pese a ser una persona de edad



avanzada, delicada de salud y recién operada; asimismo, se documentó que, posterior a la realización de una segunda cirugía, V sufrió una caída de su cama, lo cual fue un evento adverso para su recuperación y evidencia la falta de cuidado del personal de salud de ese nosocomio.

164. No pasa inadvertida la omisión del IMSS respecto a la entrega del informe pormenorizado que, en términos de la presente investigación, así como al requerimiento expreso formulado por este Organismo Autónomo, debió recabar y presentar respecto a la intervención del personal médico involucrado en los hechos que motivaron el inicio de la queja respectiva, lo cual no solamente se traduce en la falta de colaboración respecto a las labores que realiza esta CNDH sino compromete la garantía de audiencia de las personas servidoras públicas responsables, por lo que se asume la existencia de responsabilidad institucional de esa dependencia sobre la rendición de la respuesta a la petición realizada en el caso.

165. Destaca también la responsabilidad institucional del IMSS ante el reiterado incumplimiento del personal de salud de esa dependencia federal de atender cabalmente lo dispuesto en la NOM 004-SSA3-2012, esto, a pesar de que su inobservancia ha sido motivo de numerosos pronunciamientos de esta CNDH en diversas Recomendaciones en las que se han evidenciado constantes anomalías en la integración y resguardo de los Expedientes Clínicos, lo cual cobra relevancia, pues al prevalecer estas omisiones evidencian un desapego al respecto de la cultura de los derechos humanos, además de constituir un verdadero y real obstáculo para conocer con certeza el estado clínico de las usuarias y usuarios de los servicios de salud, la evolución de sus padecimientos, así como la atención médica, seguimiento y tratamiento que les ha sido otorgado.



166. En el caso particular de V, esta CNDH observó con preocupación, no solamente, la persistencia del personal de salud para asentar debida y correctamente la información correspondiente en los Expedientes Clínicos 1 y 2, sino también la omisión de elaborar o integrar las Notas Médicas e Indicaciones relacionadas con la atención otorgada a la paciente, lo cual deja entrever una serie de deficiencias respecto a su manejo y resguardo -pese a que se trata de instrumentos cuya naturaleza y utilidad es documentar y hacer constar la historia clínica de las y los pacientes-, lo cual se traduce en una responsabilidad institucional del IMSS ya que esa autoridad es solidariamente responsable del incumplimiento que personal del HGZ 71 y el CMN “La Raza” ha otorgado a esa NOM 004-SSA3-2012, pues está obligado a adoptar las medidas preventivas necesarias y suficientes para que se observe cabalmente.

167. Cobra especial relevancia el hecho de que el IMSS informara a esta CNDH la supuesta interposición de una PREDENUNCIA para investigar el posible extravío de las constancias del Expediente Clínico 1, situación que la FGJ del Estado de México negó al referir no tener registro alguno de una formal denuncia o una Indagatoria o Carpeta de Investigación relacionada con esos hechos, lo cual se traduce en la omisión de la autoridad de ratificarla u otorgar seguimiento al caso, lo evidencia el desinterés o nula importancia que para el personal de esa dependencia suele otorgar a la gravedad que representa esa problemática.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

168. Una de las vías previstas en el Sistema Jurídico Mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero



el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, de la CPEUM; 44, párrafo segundo de la Ley de la CNDH, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, prevé la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

169. En el caso *Espinoza González vs. Perú*, la CrIDH resolvió que: “[...] *toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado* “[...] *las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos* [...]”.⁴⁸

170. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I; 7, fracciones III y IV; 26; 27, fracciones I, II, III, IV y V; 62, fracción I; 64, fracciones I, II y VII; 65, inciso c) y fracciones VII y IX; 73, fracción V; 74, fracción VI; 75 fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96; 97, fracción I; 106; 110, fracción IV; 111, fracción I; 112, 126, fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Víctimas; y

⁴⁸ CrIDH, “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.



demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los Derechos Humanos a la Protección de la Salud, a la Vida y al Trato Digno de V, personal adulta mayor, así como al Acceso a la Información en materia de Salud en agravio de QVI y VI1 por lo que, con la colaboración institucional del IMSS, deberán ser inscritos en el RENAVI a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas, para ello, este Organismo Autónomo remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

171. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”, y en diversos criterios de la CrIDH, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables⁴⁹.

172. En ese contexto, esta CNDH determina que, al acreditarse violaciones a los Derechos Humanos de V, QVI y VI1, el IMSS deberá reparar integralmente el daño ocasionado en los términos siguientes:

⁴⁹ “Caso Garrido y Baigorria vs. Argentina”. Sentencia de 27 de agosto de 1998. Reparaciones y Costas, párrafo 41.



i) Medidas de compensación

173. Las medidas de compensación se encuentran establecidas en los artículos 27, fracción III, 64 a 72 de la Ley General de Víctimas, la cual consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial:

Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la CrIDH como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

Daño inmaterial. Comprende, tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas directas e indirectas.

174. La compensación deberá otorgarse a QVI y VI1 de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los Derechos Humanos de V, considerando los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas evaluables que sean consecuencia de esos hechos; es por ello que el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el RENAVI de V, así como de QVI y VI1, a través de la noticia de hechos que se realice a esa CEAV con la presente Recomendación, y que esté 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 QVI y VI1, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

ii) Medidas de rehabilitación

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

176. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62, fracciones I y VI, así como 63 de la Ley General de Víctimas y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, se deberá brindar -en caso de así requerirlo- atención psicológica y/o tanatológica a QVI y VI1, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, la cual se prestará en atención a su edad y condición clínica, hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V que de manera desafortunada derivó en la pérdida de la vida.

177. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en lugar accesible con consentimiento de la VQI y VI1, con información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado, debiendo considerar los medicamentos, en caso de requerirlos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.



iii) Medidas de satisfacción

178. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas, de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 26, 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se pueden realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a Derechos Humanos.

179. En el mismo tenor, el IMSS deberá acreditar que colabora, activa y eficazmente, con el OIC en la integración del Expediente IA iniciado con motivo de la vista efectuada a esa instancia por la omisión del personal del HGZ 71 para resguardar y/o elaboración de las notas médicas y/o enfermería del Expediente Clínico 1. Para ello, deberá demostrar que responde con oportunidad y veracidad los requerimientos que se le han realizado, de manera oportuna y activa. Con ello, la autoridad acreditará el cumplimiento del punto tercero recomendatorio.

180. En el presente caso, la satisfacción también comprende que el IMSS colabore amplia y efectivamente con la FGR, en el trámite y seguimiento a la denuncia de hechos que esta CNDH presente en contra de quien resulte responsable por las omisiones presuntamente constitutivas de delito y que fueron advertidas en la integración y resguardo del Expediente Clínico 2 integrado con motivo de la atención brindada a V en el CMN “La Raza”, a fin de determinar y/o deslindar la responsabilidad respectiva. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto cuarto de esta Recomendación.

181. Toda vez que este Organismo Autónomo advierte la existencia de la Carpeta de Investigación 1 iniciada con motivo de la denuncia penal que QVI interpuso ante la FGR por la negligente y deficiente atención médica que recibió V, por lo cual el



IMSS deberá colaborar, ampliamente, en el trámite y seguimiento de la aportación de elementos probatorios que este Organismo Nacional realizará ante esa instancia sobre los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación. Hecho lo anterior, se podrá tener por atendido el punto quinto.

182. Además, esta CNDH remitirá ante esa instancia, copia de la presente Recomendación, para que se tome en cuenta lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas, del presente instrumento recomendatorio.

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

iv) Medidas de no repetición

184. De conformidad con lo establecido en los artículos 27, fracción V, 74, fracciones VIII, IX y XI, así como 75, fracción IV de la Ley General de Víctimas estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención, mediante la adopción de medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.



185. En este sentido, se recomienda que, en un plazo de 6 meses a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se diseñe se impartan en el HGZ 71 y el CMN “La Raza”, un curso de capacitación integral dirigido a los Servicios Médicos que intervinieron en la atención clínica de V, al que deberán asistir en particular AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10, en caso de seguir activos, el cual deberá incluir los siguientes temas: **a)** Capacitación y formación en materia de Derechos Humanos, **b)** Derecho a la Protección a la Salud, con especial énfasis en la prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer uterino, **c)** Sobre el contenido y atención a las Guías Práctica Clínica: “*Diagnóstico y tratamiento de colecistitis y coledocistitis*” y “*Prevención y diagnóstico de la infección de sitio quirúrgico*”; así como **d)** Conocimiento, manejo y observancia de la NOM-004-SSA-2012.

186. El curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio sexto.

187. Se deberá emitir, en el término de 2 meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya al personal directivo y médico del HGZ 71 y el CMN “La Raza” adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los Expedientes Clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados y resguardados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y, en particular la NOM-004-SSA3-2012. Esto, para atender el cumplimiento al punto recomendatorio séptimo.



188. Las autoridades del IMSS deberán supervisar que, durante un plazo no mayor de 3 meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se implementen y realicen acciones preventivas y correctivas a efecto de garantizar que el HGZ 71 cuente el número de camas necesarias que permitan a los pacientes recibir atención médica de urgencia de calidad y calidez, esto conforme al Catálogo Institucional de Insumos para la Salud y a lo establecido en los artículos 95 del Reglamento de la LGS, el artículo 112, fracción III del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, así como las disposiciones contenidas en el actual Cuadro Básico. En ese sentido, se deberán enviar a esta CNDH las constancias que estime pertinentes para el cumplimiento del punto recomendatorio octavo.

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

190. En consecuencia, esta CNDH se permite formularle respetuosamente a usted señor Director General, las siguientes:



VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI y VI1, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QV y VI1, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la CEAV y en atención a lo establecido en la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar atención psicológica y tanatológica a QVI y VI1, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas, así como proveerles de los medicamentos convenientes a su situación, en caso de requerirlos. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento; hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore también ampliamente con el OIC, en el trámite y seguimiento del Expediente IA iniciado ante esa instancia por la vista realizada por la probable omisión de personal de salud del HGZ 71 de elaborar notas médicas y/o de enfermería, así como su presunto extravío; para lo cual deberá acreditar que se han atendido con oportunidad y veracidad los requerimientos formulados por esa



instancia. Hecho lo anterior, deberá remitir a esta CNDH las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Colabore ampliamente con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presentará ante la FGR, contra de quien resulte responsable por las omisiones presuntamente constitutivas de delito y que fueron advertidas en la integración y resguardo del Expediente Clínico 2, integrado con motivo de la atención brindada a V en el CMN “La Raza”, a fin de determinar y/o deslindar la responsabilidad respectiva y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, a fin de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a Derecho proceda. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

QUINTA. Se colabore ampliamente en el seguimiento de la Carpeta de Investigación 1 que se tramita en la FGR, con motivo de la denuncia penal que QVI interpuso por la negligente y deficiente atención médica que recibió V en el IMSS, por lo que deberá acreditar que efectivamente colabora con la instancia investigadora y responde con amplitud y veracidad a los requerimientos que se le realicen, de forma oportuna y activa. En ese sentido, esta CNDH remitirá a la aludida Carpeta de Investigación, copia de la presente Recomendación, para que la FGR tome en cuenta lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas; hecho la anterior, envíe a este Organismo Nacional las pruebas con que se acredite dicha colaboración.

SEXTA. En un término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se diseñe e imparta en el HGZ 71 y el CMN “La Raza”,



un curso de capacitación integral dirigido al personal de los Servicios Médicos que intervinieron en la atención de V, al que deberán asistir en particular AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10, en caso de seguir activos, que incluya los siguientes temas: **a)** Capacitación y formación en materia de Derechos Humanos, **b)** Derecho a la Protección a la Salud, con especial énfasis en la prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer uterino, **c)** Sobre el contenido y atención a las Guías Práctica Clínica: “*Diagnóstico y tratamiento de colecistitis y colelitiasis*” y “*Prevención y diagnóstico de la infección de sitio quirúrgico*”; así como **d)** Conocimiento, manejo y observancia de la NOM-004-SSA-2012; los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y, deberá impartirse 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 evaluaciones. Hecho la anterior, se envíen a este Organismo Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Gire las instrucciones respectivas para que en el término de 2 meses, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular en el portal de intranet en la que se instruya al personal directivo, médico y de enfermería tanto del CMN “La Raza” como del HGZ 71 adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los Expedientes Clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados y resguardados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y, en particular, en la NOM-004-SSA3-2012. Hecho lo cual, se envíen a esta CNDH las constancias con que se acredite su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.



OCTAVA. En un plazo no mayor a 3 meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá supervisar la implementación de acciones preventivas y correctivas a efecto de garantizar que el HGZ 71 cuente el número de camas necesarias que permitan a los pacientes recibir atención médica de urgencia de calidad y calidez, esto conforme al Catálogo Institucional de Insumos para la Salud y a lo establecido en los artículos 95 del Reglamento de la LGS; así como el artículo 112, fracción III del RPM del IMSS y las disposiciones contenidas en el actual Cuadro Básico; hecho lo cual, se envíen a esta CNDH las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

191. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la CPEUM, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, Constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otra autoridad competente para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.



192. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la CNDH, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación.

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

194. 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 CPEUM; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello esta CNDH 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

ALP