

RECOMENDACIÓN NO. 151 /2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN SU AGRAVIO Y DE QVI, VI2, VI3 Y VI4 EN EL HOSPITAL GENERAL “SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL”, DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN DURANGO, DURANGO.

Ciudad de México, a 31 de agosto de 2023

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

Apreciable director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 3°, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 a 133 y 136 de su reglamento interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/PRESI/2021/3065/Q**, sobre la atención médica brindada a V mujer adulta mayor en el Hospital General “Santiago y Cajal” del ISSSTE, en Durango, Durango.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la información Pública; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, 113 fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley General de Protección y Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Clave
Quejoso Víctima Indirecta	QVI
Víctima	V
Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

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

Denominación	Siglas/acrónimo/ abreviatura
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Hospital General “Santiago Ramón y Cajal” del ISSSTE, en Durango, Durango	Hospital General del ISSSTE
Corte Interamericana de Derechos Humanos	Cridh
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional/ Organismo Nacional/CNDH
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico	NOM, “ <i>Del expediente clínico</i> ”

I. HECHOS

5. El 03 de marzo de 2021, QVI presentó escrito de queja ante este Organismo Nacional, señalando que el 15 de diciembre de 2020, su familiar V ingresó al área de urgencias del Hospital General del ISSSTE en Durango, en donde la doctora que la atendió indicó que traía la glucosa elevada y saturación de 85%, por lo que

la envió a la zona de COVID, donde le dijeron que la mantendrían aislada debido a que le hicieron la prueba y había salido positiva.

6. El 18 de diciembre de 2020, subieron a V a piso, donde se fijó día y hora para recibir informes de su estado de salud; los días 25, 26 y 27 de diciembre del mismo año, el estado de salud de V empeoró por falta de atención médica, debido a que por ser días festivos en el nosocomio mencionado no contaba con personal suficiente para atender a los pacientes y no se les informó sobre el estado de salud.

7. Situación que se repitió el 1, 2 y 3 de enero de 2021, por lo que la salud de V decayó toda vez que no se le otorgó atención médica debida por ser días festivos; finalmente el 8 de enero de 2021 V falleció, considerándolo anormal, ya que en el primer reporte se informó que la salud de V iba evolucionando satisfactoriamente y al entregar el segundo reporte, se le informó a sus familiares que había fallecido, percatándose cuando se entregó el cuerpo, que se encontraba en un estado de descomposición pues tenía el rostro verde.

8. Con motivo de lo anterior, se inició el expediente **CNDH/PRESI/2021/3065/Q**, y para documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó diversa información al ISSSTE, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Correo electrónico de 3 de marzo de 2021, mediante el cual se recibió el escrito de queja presentado ante este Organismo Nacional por parte de QVI.

9.1. Escrito de queja de 3 de marzo de 2021, presentado ante este Organismo Nacional, en el cual QVI expuso que V ingresó el 15 de diciembre de 2020, al servicio de urgencias del Hospital General del ISSSTE.

10. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/3981-6/21, de 19 de julio de 2021, mediante el cual el ISSSTE anexó copia del expediente clínico de V iniciado en el Hospital General del ISSSTE, del que destacó lo siguiente:

10.1. Hoja de Urgencias de V de 15 de diciembre de 2020 a las 08:27 horas suscrito por el PSP1, en la cual integró los datos clínicos y señaló como diagnosticó caso sospechoso COVID-19.

10.2. Estudios de laboratorio de 15 de diciembre de 2020, en donde se reportó a V en las pruebas de funcionamiento hepático elevadas, examen general de orina con alteraciones.

10.3. Hoja de evolución de V de 15 de diciembre de 2020, donde PSP2, refirió que se encontraba con parámetros normales.

10.4. Nota de valoración de PSP3 de 16 de diciembre de 2020, quien indicó que V tenía los signos vitales dentro de parámetros normales, saturación de oxígeno del 95%, glucosa capilar elevada.

10.5. Hoja de evolución de 17 de diciembre de 2020, a las 11:00 horas, elaborada por PSP3 donde se reportó a V con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2, según prueba de PCR positiva.

10.6. Hoja de evolución vespertina de 17 de diciembre de 2020, a las 19:00 horas, elaborada por PSP4, quien mencionó en su nota médica que V se encontraba con diagnóstico de neumonía por SARS-CV-2, diabetes mellitus tipo 2 en descontrol y lesión renal AKIN 1.

10.7. Hoja de evolución de 18 de diciembre de 2020, donde V fue atendida nuevamente por PSP4, en donde señaló que V presentaba alto riesgo de requerir apoyo con ventilación mecánica asistida, por necesitar mayor aporte de oxígeno en comparación al día anterior.

10.8. Nota médica de evolución de 19 de diciembre de 2020, a las 22:20 horas V fue atendida por PSP5, quien corroboró que había requerido mayor cantidad de oxígeno en comparación con los días previos de hospitalización.

10.9. Nota médica de 23 de diciembre de 2020, a las 09:30 horas, elaborada por AR3, quien señaló que V presentaba signos vitales normales, se encontraba con manejo avanzado de vía aérea, con apoyo mecánico ventilatorio, bajo sedación muy profunda inducida RASS-5 (escala de agitación y sedación sin respuesta a la voz o al estímulo físico).

10.10. Nota médica de 24 de diciembre de 2020, V fue valorada por AR3, quien refirió que V se encontraba intubada, bajo sedación muy profunda.

10.11. Hoja de ordenes médicas de 25 de diciembre de 2020, a las 11:10 horas, elaborada por la AR1, quien reportó a V bajo sedación con Propofol, sin tenerlo desde turno previo, por lo que presentaba asincronía con el ventilador mecánico.

10.12. Nota de evolución nocturna de 25 de diciembre de 2020, a las 22:55 horas, elaborada por AR2, donde refirió que V se encontraba en malas condiciones generales por asincronía de la ventilación mecánica.

10.13. Nota de evolución de 26 de diciembre de 2020, a las 11:45 horas, suscrita por AR1, donde se reportó a V el urocultivo sin desarrollo bacteriano, cultivo de secreción bronquial positivo para *Candida albicans* (hongo).

10.14. Nota de evolución de 27 de diciembre de 2020, a las 12:10 horas, elaborada por AR1, quien señaló que V tenía asincronía ventilatoria por falta de sedación.

10.15. Nota de evolución de 28 de diciembre de 2020, a las 13:55 horas, elaborada por PSP3, quien reportó a V grave e indicó que no se contaba con sedación suficiente.

10.16. Nota médica de evolución de 29 de diciembre de 2020, a las 00:00 horas, elaborada por PSP6, quien señaló "... V sin sedación por ser faltante la cual requiere para mejorar, con riesgo de extubación, complicarse y muerte por faltante, directivos informados...".

10.17. Hoja de enfermería de 29 de diciembre de 2020, en la cual se advierte que no se administró Propofol a V.

10.18. Nota médica suscrita por PSP3, de 30 de diciembre de 2020, a las 12:55 horas, en donde se mencionó que V cursaba con los diagnósticos de neumonía atípica por SARS-Cov-2, síndrome de dificultad respiratoria aguda.

10.19. Nota médica suscrita por SP3, de 31 de diciembre de 2020, a las 14:00 horas, en donde se mencionó que V estaba grave.

10.20. Nota médica suscrita por PSP7, de 31 de diciembre de 2020, a las 23:20 horas, en donde se mencionó que se encontró a V con uso de ventilación mecánica a pesar de los episodios de desaturación de oxígeno, bajo sedación.

10.21. Nota médica de 2 de enero de 2021, a las 00:45 horas, elaborada por AR2, en la cual indicó que V se encontraba desintubada.

10.22. Hoja de evolución de 2 de enero de 2021, a las 18:35 horas, elaborada por AR4, en la cual reportó a V en muy malas condiciones hemodinámicas.

10.23. Nota médica de 3 de enero de 2021, a las 16:46 horas, elaborada por AR4, en la cual reportó a V con los diagnósticos de neumonía atípica secundaria SARS-CoV-2 y síndrome dificultad respiratoria severa.

10.24. Nota de evolución de 4 de enero de 2021, a las 12:00 horas, elaborada por PSP3, en la cual indicó que la evolución clínica de V era tórpida por extubación fallida.

10.25. Nota de evolución de 5 de enero de 2021, a las 12:00 horas, elaborada por PSP3, quien indicó que V se encontraba oointubada.

10.26. Nota de evolución de 6 de enero de 2021, a las 12:10 horas, elaborada por PSP3, en la cual indicó que V se encontraba grave.

10.27. Nota de evolución de 7 de enero de 2021, elaborada por PSP3, en la cual indicó el estado de salud de V.

10.28. Nota de evolución de 8 de enero de 2021, a las 12:20 horas, elaborada por PSP3, en la cual indicó que V tenía probabilidad de mortalidad a corto plazo.

10.29. Hoja de registro de electrocardiograma de 8 de enero de 2021, a las 17:30 horas, en el que se apreció trazo isoeléctrico el cual demuestra que no hay actividad cardíaca de V.

10.30. Hoja de egreso hospitalario de 8 de enero de 2021, en donde se estableció que V falleció el día 08/01/2021.

11. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/3848-6/21, de 12 de julio de 2021, mediante el cual remitió información de la atención médica que se brindó a V, en el Hospital General del ISSSTE, del que destacó lo siguiente:

11.1. Informe pormenorizado de la atención médica brindada a V por AR3 de 1 de julio de 2021.

11.2. Informe pormenorizado de la atención médica brindada a V, de 18 de diciembre al 8 de enero de 2021.

11.3. Informe pormenorizado de la atención médica brindada a V por PSP3 de 29 de junio de 2021.

12. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/735-6/22, de 10 de febrero de 2022, mediante el cual remitió información de la atención médica que se brindó a V, en el Hospital General del ISSSTE, del que destacó lo siguiente:

12.1. Hoja de evolución de 20 de diciembre de 2020, a las 13:55 horas, donde V fue atendida por AR1, quien la encontró orientada, consciente, con respuesta al interrogatorio médico, explicándole la posibilidad de requerir manejo ventilatorio mismo que no aceptó.

12.2. Hoja de evolución de 20 de diciembre de 2020, a las 22:00 horas donde V fue valorada por AR2, quien señaló que V estaba consciente, con respuesta a estímulo doloroso y verbal, indicó que no aceptaba la intubación.

12.3. Hoja de evolución de 21 de diciembre de 2020, a las 16:40 horas donde V fue atendida por PSP4, quien señaló que V presentó fatiga, disnea (dificultad respiratoria) de pequeños esfuerzos, sin tos, alerta, tranquila, orientada, etc.

12.4. Hoja de evolución de 22 de diciembre de 2020, a las 13:00 horas, suscrita por AR3, refirió que V se encontraba con taquipnea, por lo que decidió manejo avanzado de la vía respiratoria, intubándola.

13. Correo electrónico de 12 de enero de 2022, enviado a este Organismo Nacional por QVI, en donde anexó copia del certificado de defunción de V.

14. Opinión médica de 20 de septiembre de 2022, emitido por especialistas de esta Comisión Nacional, en la que se concluyó que la atención médica brindada a V en el Hospital General del ISSSTE fue inadecuada.

15. Acta de gestión de 5 de diciembre de 2022, realizada con QVI en la que anexó actas de nacimiento tanto de QVI como de VI2, VI3 y VI4.

16. Acta de gestión de 7 de agosto de 2023, realizada con QVI en la que señaló que no presentó queja ante el ISSSTE, ni denuncia penal ante la Fiscalía General de la República.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. A la fecha de la presente Recomendación no se tiene evidencia de que se hubiese iniciado carpeta de investigación ante la autoridad ministerial, por los hechos materia de esta Recomendación, ni de que se haya iniciado denuncia administrativa ante el Órgano Interno de Control del ISSSTE.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

18. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2021/3065/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con enfoque de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se contó con evidencias que acreditaron las violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V, y de manera indirecta en agravio de QVI, VI2, VI3 y VI4,

atribuibles a AR1, AR2 y AR3, personal médico adscrito al Hospital General del ISSSTE, de acuerdo a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

19. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel¹.

20. Por su parte el numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

21. La Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma en su artículo 25, párrafo primero que “...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure [...] la salud y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”.

22. En el numeral primero de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, aprobada el 11 de mayo de 2000, señala que: “...la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos

¹ CNDH. Recomendaciones: 92/2022, párr. 18; 79/2021, párrafo 20; 6/2021, párrafo 25; 35/2020, párrafo 33, 23/2020, párrafo 36; 80/2019, párrafo 30; 47/2019, párrafo 34; 26/2019, párrafo 36; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28, 14/2016, párrafo 28 y 104/2023, párrafo 25.

complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”.

23. La SCJN en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección² expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como “la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”.

24. En este sentido, el 25 de febrero de 2022, esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General número 43 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la que se afirma que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

25. En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

26. Para garantizar la adecuada atención médica, se debe considerar también uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa

²“Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.” Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.

A.1. Violación a la Protección de la Salud de V, por Inadecuada Atención Médica en el Hospital General del ISSSTE, en Durango

27. En el caso que nos ocupa se trata de V mujer adulta mayor la cual, al momento de su internamiento contaba con los siguientes antecedentes de importancia: diabetes mellitus diagnosticada un día antes de los hechos, en tratamiento con metformina 500 mg cada 12 horas; así como antecedente de histerectomía hace ocho años por causa no especificada y extracción de tumoración benigna del cuello.

28. Es así como el 15 de diciembre de 2020, a las 08:27 horas, V acudió en compañía de su hijo, al servicio de urgencias del Hospital General del ISSSTE, donde fue atendida por PSP1, quien en su nota médica registró “signos vitales normales, glucosa capilar elevada³ de 255 mg/dl y saturación de oxígeno baja 87% (normal de 95-100%), señaló que inició padecimiento un día antes con fatiga y náusea, antecedente de hijo positivo al virus SARS-CoV-2, hospitalizado hacía 10 días en la Clínica número 1 del IMSS, sin referir si tuvo contacto directo con él, presentó hemoglobina glucosilada⁴ de 7.1%”, por lo que dio el diagnóstico de diabetes”.

29. En la valoración física efectuada a V y de acuerdo con los datos clínicos que recabó el PSP1, integró el diagnóstico de caso sospechoso de COVID-19, como plan solicitó ingreso a módulo respiratorio, e indicó solución fisiológica para ocho horas, tomar biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, tiempos de coagulación, examen general de orina, tomar PCR para SARS-CoV-2, curva de

³ Técnica en la que se extrae una pequeña muestra de sangre en el dedo, la meta es de 140-180 mg/dl

⁴ valor de la fracción de glóbulos rojos que tiene glucosa adherida y cuya cifra mayor a 6.5% integra el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, según la Federación Mexicana de Diabetes, A.C.

tolerancia a la glucosa, radiografía de tórax o tomografía de tórax. Oxígeno suplementario con puntas nasales a 5 litros por minuto y ajustar según saturación de oxígeno.

30. En la Opinión médica de este Organismo Nacional, se observó que el referido médico actuó de forma correcta al tratarse de un caso sospechoso de COVID-19, ya que presentó saturación de oxígeno baja compatible con dificultad respiratoria y probable contacto positivo de COVID-19, sin dejar de mencionar que V presentaba factores de riesgo para enfermedad severa por ser una persona adulta mayor y diabética, por lo que fue necesario e indicado, ingresar a V para observación y descartar enfermedad por SARS-Cov-2, mediante pruebas de laboratorio y de imagen, tal como se establece en el Flujograma de atención médica para COVID-19 en el primer nivel de atención del 14 de abril de 2020 de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud del Gobierno de México.

31. El 15 de diciembre de 2020, a las 11:49 horas, se reportaron estudios de laboratorio, de los cuales los resultados arrojaban alteraciones en hígado como inflamación sistémica, examen general de orina con alteraciones sugerentes de infección de vías urinarias por abundantes bacterias, proteínas, glucosa y sangre positivas en muestra, gasometría con datos de alcalosis respiratoria⁵.

32. Ese mismo día 15 de diciembre de 2020, a las 17:02 horas fue atendida por la PSP2, quien refirió que V se encontraba con signos vitales dentro de los parámetros normales, se encontraba consiente, con aportación de oxígeno mediante puntas nasales, con tos a nivel pulmonar con buena amplexión y amplexación (movimientos del tórax que evalúan su sincronía con la respiración), saturación normal del 97%, precordio rítmicos y de buena intensidad, última glucosa elevada

⁵ Afección marcada por nivel bajo de dióxido de carbono en la sangre debido a la respiración excesiva.

de 300 mg/dl (se mide mediante una pequeña muestra de sangre en el dedo para determinar niveles de glucosa, siendo las metas de 140-180 mg/dl), reportó estudios de laboratorio ya comentados anteriormente, sin que se mencionara el reporte de examen general de orina sugestivo de infección de vías urinarias, sin embargo indicó antibiótico consistente en ceftriaxona, el cual cubre microorganismos que la producen, así como insulina, metformina y dieta para control de diabetes mellitus.

33. El 16 de diciembre de 2020 a las 11:30 horas en la nota de valoración del PSP3, reportó en su nota médica que V reportó malestar general, cefalea (dolor de cabeza) de moderada intensidad, dolor torácico a la digitopresión y tos en accesos disneizante; a la exploración física intranquila, consciente y orientada, con apoyo de oxígeno por puntas nasales a 3 litros por minuto, al retirarlas desaturaba 80%, campos pulmonares hipoventilados⁶, tomografía pulmonar con CO-RADS IV/V (COVID-19 reporting and data sistema=sistema de datos e informes de COVID-19), siendo una categoría que implica un alto nivel de sospecha de afectación pulmonar por COVID-19, encontrándose pendiente el estudio confirmativo de PCR⁷.

34. Mientras tanto V seguía en tratamiento para hiperglucemia (cifras elevadas de glucosa) y su medicamento indicado, además se sugirió que se mantuviera en pronación (posición acostada boca abajo) medida terapéutica que se asocia con mejoría de la oxigenación hasta en un 70% según el lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19 del 14 de febrero de 2020 de la Secretaría de Salud y la literatura médica al respecto; se agregó dexametasona el cual es un asteroide que reduce la inflamación producida en el organismo por el virus SARS-CoV-2, y

⁶ Disminución o abolición de los sonidos de la respiración a la auscultación de los pulmones con estetoscopio.

⁷ Prueba de reacción en cadena de la polimerasa, detecta un fragmento del material genético de la molécula de ácido ribonucleico del coonavirus)

se considera el estándar de tratamiento farmacológico en pacientes hospitalizados, siempre y cuando requieran de oxigenación complementaria o estén en ventilación mecánica, lo cual se indica en las Recomendaciones para el tratamiento de la infección por SARS-CoV-2, agente causal de COVID-19 del Gobierno de México, versión del 6 de julio de 2020.

35. El 17 de diciembre de 2020, a las 11:00 horas, V fue atendida por PSP3, quien reportó signos vitales normales, glucosa capilar de 162 mg/dl (metas glucemia capilar 140-180) consiguiendo mejoría para control de cifras de glucosa a comparación de días previos, saturación de oxígeno 94% ligeramente por debajo de lo normal (95-100%) oxígeno mediante puntas nasales a 5 litros por minuto, requiriendo mayor aporte en comparación con el día anterior, la facultativa refirió que V se encontraba con malestar general, tos en accesos, sin datos de disnea, campos pulmonares hipoventilados, abdomen sin alteraciones y extremidades íntegras, se reportó prueba de PCR positiva, motivo por el cual se solicitó ingreso a piso COVID para continuar manejo, se otorgó de manera correcta tratamiento médico para tos, oxígeno de puntas nasales y dexametasona que es el estándar de tratamiento farmacológico en pacientes hospitalizados con infección confirmada por SARS-CoV-2 que requieran oxigenación suplementaria.

36. Más tarde el 17 de diciembre de 2020, a las 19:00 horas V fue atendida por PSP4, quien señaló que se encontraba con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2, diabetes mellitus tipo 2 en descontrol y lesión renal AKIN 1 con base en estudios de laboratorio que mostraban que la creatinina el cual es un elemento de depuración del riñón, se encontraba por encima de niveles normales, por lo que V continuó con fatiga, tos seca escasa, náuseas y malestar abdominal, sin datos de dificultad respiratoria, con menor necesidad de aporte de oxígeno a comparación del turno anterior.

37. El 18 de diciembre de 2020, a las 17:00 horas, en la nota médica de evolución vespertina, fue atendida nuevamente por PSP4, quien consignó que V presentaba alto riesgo de requerir apoyo con ventilación mecánica asistida, por necesitar mayor aporte de oxígeno en comparación al día anterior, mencionó que se encontraba con una FiO_2 ⁸ del 60%, por lo que sus necesidades de oxígeno eran de aproximadamente de 9-10 litros por minuto, sin especificar en su nota si continuó con puntas nasales, indicó pronación (acostada boca abajo), lo cual fue correcto ya que la posición decúbito prono mejora la oxigenación y disminuye el riesgo de intubación y mortalidad, según lo establecido por la literatura médica y por el lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19 de 14 de febrero de 2020 de la Secretaría de Salud.

38. El 19 de diciembre de 2020, a las 22:20 horas, fue atendida por PSP5, quien reportó a V con los siguientes signos vitales elevados; tensión arterial de 161/86 mmHg, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto (normal 16-20 respiraciones por minuto) y cardíaca de 106 latidos por minuto (normal 60-100), indicativos del esfuerzo respiratorio de V, apoyo de oxígeno con mascarilla con reservorio de 12 litros por minuto, obteniendo saturación normal de oxígeno con mascarilla con reservorio de 12 litros por minuto, obteniendo saturación normal de oxígeno del 96%, campos pulmonares con disminución de murmullo vesicular⁹ con crépitos basales bilaterales¹⁰, digestivo sin alteraciones, llenado de capilar de tres segundos¹¹, V en área COVID, corroborando que requirió mayor cantidad de oxígeno en comparación con los días previos a su hospitalización.

⁸ Fracción inspirada de oxígeno el cual indica la concentración de oxígeno en la mezcla de aire inspirado.

⁹ Ruido inspiratorio continuó que se escucha mediante estetoscopio, presente en condiciones normales.

¹⁰ Sonido burbujeante, su presencia indica líquido en alveolos.

¹¹ Prueba en la que se aplica presión en el lecho ungueal para observar su retorno venoso el cual no debe ser superior a 2 segundos.

39. El 20 de diciembre de 2020, a las 13:55 horas, V fue atendida por AR1, quien la encontró consciente, orientada, con respuesta al interrogatorio médico con menor apoyo de oxígeno en comparación con el día anterior ya que se encontraba con mascarilla y reservorio a 10 litros por minuto, saturación de 97% en decúbito lateral, con aumento del trabajo respiratorio, ruidos cardiacos sin soplos, con el mismo manejo establecido consistente en soluciones intravenosas, medicamentos para control de tos como benzonatato y salbutamol. Insulina para el control de diabetes mellitus, dexametasona, refirió un índice de Rox=4.6¹², por tal motivo tenía un alto riesgo de ser intubada, explicándole la posibilidad de requerir manejo ventilatorio, mismo que no aceptó.

40. Ese mismo día, a las 22:00 horas, fue valorada por AR2, quien refirió que se encontró a V con signos vitales estables, consciente con respuesta a estímulo doloroso y verbal, con saturación de oxígeno del 90%, pero con mayores necesidades de oxígeno, indicó que no aceptaba la intubación, al respecto, en el expediente clínico analizado, no obra carta de consentimiento médico informado en donde se registre la negativa de V a recibir dicho tratamiento, contraviniendo tanto AR1 y AR2, con el artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, del que a la letra dice *“...En todo hospital y siempre que el estado de salud del usuario lo permita, deberá recabarse a su ingreso su autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios para llegar a un diagnóstico o para atender el padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma...”*.

¹² Índice que predice el fracaso de la oxigenoterapia, si es menor a 4.8 mayor riesgo de intubación, si es mayor a 4.8 menor riesgo de intubación.

41. El 21 de diciembre de 2020, a las 16:40 horas V fue atendida por PSP4, quien en su nota médica no consigna los signos vitales de la paciente, sin embargo menciona que V presentó fatiga, disnea (dificultad respiratoria) de pequeños esfuerzos, sin tos, alerta, tranquila, orientada, palidez de mucosas, murmullo vesicular disminuido, ruidos cardíacos rítmicos, abdomen y extremidades sin alteraciones, de acuerdo con los resultados de laboratorio presentó leucocitos de 12,700¹³ con neutrofilia del 87.5%¹⁴, sugerente de proceso infeccioso, por lo cual se suspendió ceftriaxona y se administró un antimicrobiano de mayor espectro consistente en meropenem, continuó con fracción inspirada de oxígeno o Fio₂ del 80%, es decir, el flujo de oxígeno administrado era de 14-15 litros por minuto a través de máscara de oxígeno de 92 a 94% (ideal 95-100%), sin datos de dificultad respiratoria en ese momento. No se hace mención en la nota médica si se otorgó información a los familiares de V sobre su estado de salud.

42. El 22 de diciembre de 2020, a las 13:00 horas, en nota médica de evolución suscrita por AR3, en donde se aprecia que no consignó los signos vitales de V en ese momento, sin embargo, refirió que V se encontraba con taquipnea, lo que se corrobora con hojas de enfermería en donde se puede observar que se reportó con frecuencias respiratorias de 43, 41 y 45 por minuto, a las 08, 10 y 12 horas respectivamente, tampoco refirió si V se encontraba consciente y orientada, por estudios de gasometría se reportaba una PO₂ baja¹⁵ de 51.2 mmHg (normal 83-108 mmHg), indicativa de hipoxemia (nivel de oxígeno en sangre inferior al normal).

43. Hay que mencionar, que se considera que una persona presenta insuficiencia respiratoria cuando la presión parcial de oxígeno por gasometría, es menor a 60 mmHg; por lo que AR3 decidió manejo avanzado de la vía respiratoria, intubándola con cánula del número 7, fijándose y conectándose a ventilador, manteniendo

¹³ Número de leucocitos aumentados, siendo normal un conteo de 4,400-11,300.

¹⁴ Número de neutrófilos aumentados, siendo normal 41-73%.

¹⁵ Presión parcial de oxígeno que hay disuelto en sangre.

sedación con Propofol a 27 mililitros por hora, midazolam y analgesia con fentanilo y tramadol, presentando sedación profunda RASS-4¹⁶, lo cual era importante para reducir la ansiedad e incomodidad del tubo endotraqueal, se reportó posterior al procedimiento hemodinámicamente estable, sin amins, precordio rítmico, abdomen y extremidades sin alteraciones, glucosa capilar normal de normal 114 mg/dl, por lo que sus niveles de glucosa ya se encontraban controlados, se reportaron estudios de laboratorio con aumento del conteo de leucocitos de 16,000 (normal 4,400-11,300), ya que con antibiótico de amplio espectro (meropenem) para el control de la infección, solicitó urocultivo, cultivo de secreción y hemocultivo para determinar posible agente infección agregado, se informó a los familiares del estado de salud de V, sin que se precisara de qué manera se les hizo llegar la información.

44. En la Opinión Médica de personal de este Organismo Nacional, V cumplía con los criterios acordes a lo establecido a la literatura médica para intubación endotraqueal, ya que presentó fatiga respiratoria, taquipnea (frecuencia respiratoria superior a 20 respiraciones por minuto), saturación de oxígeno menor a 90% a pesar de oxigenoterapia con puntas nasales y posteriormente mascarilla con reservorio, hipoxemia por gasometría al presentar presión parcial de oxígeno menor a 60 mmHg; sin embargo, no pasa inadvertido que V había expresado su negativa a ser intubada a los anteriores médicos que la atendieron, quienes no dejaron constancia de la decisión de V, mediante carta de consentimiento médico, incurriendo en inobservancia a la NOM “Del expediente clínico” en el numeral 10, que a la letra dice “...*además de los documentos mencionados, debido a que sobresalen por su frecuencia, pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario que por ser elaborados por personal médico técnico o administrativo,*

¹⁶ Escala de agitación y sedación en la que V se encuentra en sedación profunda, pero con posibilidad de abrir los ojos a la estimulación física.

obligatoriamente deben de formar parte del expediente clínico: cartas de consentimiento informado...”

45. Cabe señalar, que antes de proceder a la intubación, AR3 omitió exponer en su nota médica si V se encontraba en un estado en el cual se le imposibilitara expresar su autorización, sin dejar de mencionar que ya había rechazado anteriormente la posibilidad de ser intubada como ya se comentó en párrafos precedentes en su defecto, tampoco justificó si se trataba en ese momento de una situación urgente en la cual por las condiciones de V no diera tiempo de dar aviso previo a los familiares para que otorgaran su consentimiento, ya que en todo caso AR3 tuvo que plantear con otro médico, la necesidad de llevar a cabo el procedimiento y plasmarlo en su nota de valoración.

46. El 23 de diciembre de 2020, a las 09:30 horas, V fue nuevamente atendida por AR3 quien señaló que presentaba signos vitales normales, se encontraba con manejo avanzado de vía aérea, con apoyo mecánico ventilatorio, bajo sedación muy profunda inducida RASS-5, la cual se ajustó correctamente para obtener la mejor sincronía con ventilador, a la auscultación del tórax, los campos pulmonares se encontraban hipoventilados¹⁷, precordio con tendencia a la bradicardia, con niveles de glucemia aceptable de 130 mg/dl, en tratamiento con insulina, continuando con la administración de antibiótico denominado meropenem ya que se reportó en estudios de laboratorio, aumento de número de leucocitos de 15,200 representativo de infección a nivel pulmonar, continuó con medicamentos para tratar la sintomatología física derivada de la dificultad respiratoria, también analgesia con tramadol para el manejo del dolor y obtener confort mientras permanecía intubada y la indicación de mantenerla en posición de pronación (boca abajo) a tolerancia para mejorar la oxigenación, lo cual es sugerido en las

¹⁷ Disminución o abolición de los sonidos de la respiración a la auscultación de los pulmones con estetoscopio, hallazgo encontrado en paciente con neumonía.

“Recomendaciones para la atención hospitalaria de pacientes COVID-19”¹⁸, emitidas por la Secretaría de Salud, en octubre de 2020. Se señala en la nota médica que se informó a los familiares la gravedad de V, sin mencionar que fue lo que se les explicó y a través de que medio.

47. El 24 de diciembre de 2020, observando ilegible la hora, V fue valorada por AR3, quien en su nota médica reportó “...con inadecuada sedación y con asincronía con ventilador, informándose a coordinación para obtener una adecuada dotación de medicamento y lograr adecuado manejo ventilatorio..”, lo anterior, se corrobora con la hoja de enfermería de 24 de diciembre de 2020, en donde no se registró la administración de Propofol por parte del personal de enfermería, de las 22:00 hasta las 07:00 horas.

48. El 25 de diciembre de 2020, a las 11:10 horas, V fue atendida por AR1, quien reportó que se encontraba con el diagnóstico de neumonía atípica por infección por SAR-Cov-2, bajo sedación con Propofol, sin tenerlo desde turno previo, por lo que presentaba asincronía con el ventilador mecánico, lo cual no fue posible corroborarlo con documentales suscritas por el personal de enfermería, puesto que no obra en el expediente clínico, hoja de registro de administración de medicamentos con esa fecha; además se muestra ilegible en la nota médica la escala de sedación en la cual se encontraba V, debido a bradicardia.

49. La citada médica brindó soporte hemodinámico con vasopresor denominado norepinefrina, presentó tensión arterial normal de 128/75, presión arterial media normal de 92 mmHg¹⁹, frecuencia cardiaca de 66 latidos por minuto, uresis normal de 1660 mililitros en 24 horas, frecuencia respiratoria normal de 18 respiraciones

¹⁸https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/10/Recomendaciones_AtnHosp_COVID.pdf

¹⁹ Presión que permite mantener irrigados de sangre los órganos, siendo normal una presión arterial media mayor a 60 mmHg.

por minuto y saturación aceptable del 95%, campos pulmonares sin estertores²⁰, ni sibilancias²¹, abdomen sin alteraciones, extremidades inferiores con edema (hinchazón de moderada intensidad), pulsos disminuidos de intensidad, llenado capilar 4”²², estudios de laboratorio con recuento de leucocitos aumentados de 14,900 y porcentaje de neutrófilos elevado, de 87.44% (conteo de neutrófilos mayor al porcentaje normal de 41-73%), por el proceso infección a nivel pulmonar, lesión urenal aguda por los niveles altos de urea de 78 mg/dl (normal 15-43 mg/dl) y de nitrógeno ureico de 36.4 mg/dl (normal 5-20 mg/dl).

50. Todo lo anterior, eran datos indicativos de que V se encontraba muy grave, con necesidad de ventilación mecánica asistida, debido a deficiencia de medicamento para sedación, lo cual podía complicarse con extubación y muerte. Se requirió el uso de medicamento vasopresor (noreprinefrina), por la tendencia de V a la bradicardia (frecuencia menor a 60 latidos por minuto), se reportó a V con pronóstico malo para la vida y la función, informando a familiares, sin referir que fue lo que se les explicó ni de qué forma.

51. Se puede observar que ese mismo día, 25 de diciembre de 2020, a las 22:55 horas, AR2 refirió que V se encontraba en malas condiciones generales por asincronía de la ventilación mecánica (sin mencionar la escala de sedación), por lo que en su nota médica asentó de forma textual lo siguiente: “...se comentó en coordinación médica necesidad de sedación para optimización de ventilación mecánica...”.

52. Es importante mencionar que la literatura médica señala que la asincronía con el ventilador consiste en el desfase de la respiración de V y la respiración mecánica,

²⁰ Ruidos chasqueantes, que se escuchan con estetoscopio cuando la persona inhala.

²¹ Sonido silbante y chillón que se escucha con estetoscopio durante la respiración.

²² Prueba en la que se aplica presión en el lecho ungueal para observar su retorno venoso el cual no debe ser superior a 2 segundos, ya que en todo caso puede ser indicio de deshidratación, hipotermia, shock, o enfermedad vascular periférica.

o bien la incapacidad del fuljo del ventilador mecánico para satisfacer las demandas de la paciente, lo cual es una complicación que puede generar malestar y angustia, aumentando la necesidad de sedantes y bloqueadores neuromusculares, por lo que de persistir dicha asincronía, se llegan a prolongar los días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, incrementando la probabilidad de lesión muscular respiratoria y muerte; en cuanto a la falta de medicamentos, los médicos tratantes no tuvieron injerencia en dicho desabasto, siendo una omisión administrativa.

53. El 26 de diciembre de 2020, a las 11:45 horas, en la nota médica suscrita por AR1, consignó que V se encontraba con frecuencia respiratoria normal de 18 por minuto, saturación a penas aceptable del 92%, con tensión arterial elevada de 158/82 mmHg, presión arterial media alta, de 105 mmHg., frecuencia cardiaca baja de 54 latidos por minuto, uresis normal de 1090 ml/24 horas, glucosa capilar normal de 109 mg/dl, afebril, se reportó urocultivo sin desarrollo bacteriano, cultivo de secreción bronquial positivo para *Cándida albicans* (hongo).

54. Por lo que aunado al tratamiento antibiótico, se inició tratamiento antimicótico con fluconazol intravenoso, extremidades con edema (edema leve), ese día con mejor acoplamiento al ventilador, sin que se mencione la carencia de medicación para sedación como los dos días anteriores; siendo que en hoja de enfermería de la citada fecha, en turno matutino, se consignó que a V no se le estaba suministrando Propofol, ajustando ese día su dosis de 27 a 25 mililitros por hora, observándose que el personal de enfermería registró que se le proporcionó en el turno vespertino y nocturno una dosis de 10 mililitros por hora, es decir, una dosis inferior a la indicada.

55. Por aumento de la presión arterial se prescribió losartán, el cual es un medicamento antihipertensivo, además se observó que se agregó a las indicaciones médicas vecuronio, el cual es un relajante muscular muy útil en la asincronía con el ventilador o complemento en la sedación profunda, sin dejar de

señalar que el pronóstico de V no dejaba de ser malo para la vida ya que a las complicaciones respiratorias se agregó bradicardia e infección oportunista por hongos, se informó a los familiares la gravedad de V, sin especificar qué fue lo que se les explicó, ni a través de que medio lo hicieron.

56. El 27 de diciembre de 2020, a las 12:10 horas, V es atendida nuevamente por AR1, quien en su nota médica refirió que V se encontraba despierta sin sedación, con apertura ocular y movimientos respiratorios espontáneos, asincronía ventilatoria por falta de sedación (no se integra hoja de enfermería de esa fecha para corroborar la administración de Propofol), saturación de oxígeno aceptable 93% (metas de saturación con ventilación mecánica asistida del 92 al 96 %) por gasometría se reportó una pO₂ baja de 71.9 mmHg²³, con presión arterial media de 98 mmHg por debajo de parámetros normales²⁴, tensión arterial normal, frecuencia cardiaca normal, ya sin necesidad de amins en ese momento, uresis disminuida, afebril, en última biometría hemática del 26 de diciembre de 2020, con leucocitos de 11,000 dentro de parámetros normales, porcentaje de neutrófilos aumentado en un 91.4% y porcentaje de linfocitos disminuido de 4.6%, indicativo del proceso infeccioso con el que cursaba.

57. V fue reportada muy grave, con pronóstico malo para la vida y la función, no exenta de complicaciones como extubación debido a la falta de sedación y muerte. Continuó con tratamiento de base para COVID-19; reiterando que persistía la necesidad de contar con medicamento para mantener sedada a V, leyéndose textualmente en la nota de AR1, “... se insiste en sedación para óptimo manejo, se informa a sub en turno...”, se mencionó al final de la nota que se brindó informes a los familiares, sin especificar que se les explicó, ni a través de que medio.

²³ Presión parcial de oxígeno que hay disuelto en sangre, parámetros normales de 83-108 mmHg.

²⁴ Presión que permite mantener irrigados de sangre los órganos, siendo normal una presión arterial media aceptable de 60 hasta 105 mmHg.

58. El 28 de diciembre de 2020, a las 13:35 horas en la nota médica suscrita por PSP3, mencionó que V no contaban con sedación suficiente (no se integra hoja de registro de enfermería de esa fecha para corroborar la administración de Propofol) y que se encontraba con sedación moderada, RASS-3 (con movimiento o apertura ocular a la voz), pupilas con respuesta al estímulo luminoso, con presión arterial media de 88 mmHg, con tendencia a la bradicardia por presentar frecuencia cardíaca levemente por debajo de parámetros normales de 59 (normal 60-100 latidos por minuto), precordio rítmico, pulsos presentes de buena intensidad.

59. V se encontraba orointubada, en decúbito supino, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, campos pulmonares hipoventilados, gasometría con persistencia de la presión parcial de oxígeno PO₂ de 74.7 mmHg por debajo de parámetros normales, saturación de oxígeno aceptable de 95%, asincronía con ventilador, dieta polimérica a requerimiento²⁵, fue reportada grave, lo cual se hizo del conocimiento de los familiares según nota médica, sin hacer mención sobre lo que se les explicó, ni el medio a través del cual se les hizo llegar la información.

60. El 29 de diciembre de 2020, a las 00:00 horas en nota médica de evolución suscrita por PSP6, refirió lo siguiente: “...*paciente sin sedación por ser faltante la cual requiere para mejorar, con riesgo de extubación, complicarse y muerte por faltante, directivos informados...*”. Lo cual se corrobora con hoja de enfermería en la cual se advierte que en el turno nocturno no se administró Propofol. Ese mismo día, a las 13:55 horas en nota médica suscrita por PSP3 registró que “*no contamos con sedación suficiente*”, por lo que persistía la asincronía con el ventilador, advirtiendo en hoja de enfermería de esa fecha que a V no se le administró Propofol de las 22:00 a las 07:00 horas y que el resto del día se administraban dosis menores

²⁵ Fórmula compuesta de una mezcla de macro y micronutrientes, que brindan soporte a personas hospitalizadas que no pueden comer.

a las indicadas, con saturación de oxígeno por debajo de parámetros aceptables del 87%.

61. El 30 de diciembre de 2020, a las 12:55 horas en la nota médica suscrita por PSP3, mencionó que V cursaba con los diagnósticos de neumonía atípica por SARS-CoV-2, síndrome de dificultad respiratoria aguda, en ese momento bajo sedación muy profunda; presión arterial media elevada de 118 con tendencia a la hipertensión, por lo que se ajustó manejo con medicamento antihipertensivo, así como tendencia a la bradicardia por presentar frecuencia cardíaca de 49 latidos por minuto.

62. El 31 de diciembre de 2020, a las 14:00 horas V fue atendida por PSP3, quien consignó los diagnósticos clínicos de neumonía atípica por SARS-CoV-2, síndrome de dificultad respiratoria aguda y diabetes mellitus en descontrol, y encontró a V bajo sedación muy profunda, presión arterial media elevada de 119 mmHg, seguía con tendencia a la bradicardia de 50 latidos por minuto, a pesar del apoyo con amina, en ese momento no presentaba asincronía con el ventilador, saturación de oxígeno aceptable de 95%, frecuencia respiratoria elevada de 24 por minuto, por gasometría de 31 de diciembre, el pO₂ aún se mantenía bajo con 73.1 mmHg, lo cual indicaba que sus condiciones respiratorias no eran buenas, persistiendo con descontrol de glucemia, pues se encontraba con elevación de 230 mg/dl, para lo cual se ajustó dosis de insulina, respecto a la función renal, de lo estudios de laboratorio se desprende que había persistencia de insuficiencia renal aguda, se reportó grave y la citada médica mencionó que se le brindó información a los familiares, sin señalar que fue lo que se les explicó y a través de que medio.

63. El 31 de diciembre de 2020, en la nota médica emitida a las 23:20 horas, por PSP7, se muestra ilegible en la mayor parte de su contenido; sin embargo, en informe (rendido el 30 de junio de 2021), mencionó lo siguiente: “*el 31 de diciembre, se realiza revaloración de V encontrándola con uso de ventilación mecánica a pesar*

de lo cual con episodios de desaturación de oxígeno, bajo sedación...”, lo que quería decir que V persistía con niveles de oxígeno en la sangre bajos, la infección a nivel pulmonar no remitía, y V requería soporte hemodinámico por tendencia a la bradicardia para lo cual se le administraron aminas para mejorar la contractilidad cardíaca.

64. En el análisis de las copias simples del expediente clínico, referente a la atención médica brindada a V, no se cuenta con notas de evolución, ni indicaciones médicas, así como tampoco hoja de registros de enfermería, relativas al 1 de enero de 2021.

65. De igual forma, en informe pormenorizado de la atención médica brindada a V, de 18 de diciembre de 2020 al 8 de enero de 2021 y el informe rendido por los médicos involucrados en los hechos ninguno mencionó haberla atendido el 1 de enero de 2021, siendo que para el 2 de enero 2021, la encontraron extubada, sin que V reuniera los criterios establecidos por la literatura médica especializada para llevar a cabo su extubación, siendo que la neumonía por SARS-CoV-2 y demás procesos infecciosos sobreagregados durante su estancia intrahospitalaria no remitían aún.

66. Además, persistía la bradicardia a pesar de medicación para mejorar la contractibilidad cardíaca; y en el caso de que las condiciones clínicas de V mejoraran, era indispensable realizar previamente una prueba de respiración espontánea para estimar si clínicamente asumía por sí misma la ventilación; además de presentar factores de riesgo asociados a fracaso de extubación como ser una persona adulta mayor y ventilación mecánica invasiva por más de siete días.

67. Es importante resaltar, que dos días antes ya no se reportó que faltara medicamento para la sedación, lo cual pudiera ser indicativo de la extubación fue

originada por esa causa, con lo que el riesgo de mortalidad se incrementa hasta cinco veces más en un paciente que aún no está preparado para asumir el trabajo respiratorio total y que requiere ser nuevamente intubado, por lo que dicho suceso agravó aún más el pronóstico de vida de V.

68. Las extubaciones no planificadas pueden ser accidentales, cuando ocurren involuntariamente durante procedimientos médicos o de enfermería, o autoextubaciones cuando la retirada del tubo endotraqueal es provocada por el mismo paciente ya sea accidental o voluntariamente, sin dejar de mencionar que en el caso de V tenía el riesgo latente de extubación, debido a la falta de medicamento para sedación reportada por el personal médico, lo cual pudo haber condicionado que se encontraba ansiosa y ella misma lo retirara.

69. Sin embargo no se puede señalar categóricamente que esto ocurrió así, ante la falta de documentales médicas o de enfermería de 1 de enero de 2021 en donde se describa cuáles fueron las condiciones por las que ocurrió la extubación; sin embargo, independientemente de la razón por la cual sucedió dicha circunstancia adversa, el personal médico y de enfermería omitieron los cuidados que se deben proporcionar a un paciente grave hospitalizado con COVID-19, así como su vigilancia para evitar desconexión del soporte mecánico ventilatorio, lo cual repercutió en la evolución clínica de V, ensombreciendo aún más su pronóstico de vida, al empeorar sus condiciones respiratorias.

70. Además, el citado personal médico incumplió con lo establecido en la Ley General de Salud en su artículo 32 “...se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud...”, así como en el artículo 51 “...los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno...”.

71. El 2 de enero de 2021, a las 00:45 horas, fue atendida por AR2, quien consignó los diagnósticos de neumonía atípica por SARS-CoV-2, refirió que V se encontraba en ese momento extubada, sin ahondar al respecto, puesto que no señaló en su nota en qué momento ocurrió y cuáles fueron las causas por las cuales se encontraba sin apoyo mecánico ventilatorio; la encontró consciente con respuesta a estímulo doloroso verbal, con aumento de trabajo ventilatorio y presencia de uso de musculatura accesoria, lo que significaba mayor esfuerzo por parte de V para poder respirar, con apoyo de mascarilla con reservorio de oxígeno a 15 litros por minuto, saturación de oxígeno baja de 80%, frecuencia cardíaca elevada de 1105 latidos por minuto, tensión arterial elevada de 146/80 mmHg, se le comentó que requería reintubación por las condiciones clínicas en las que se encontraba, a lo cual V nuevamente no aceptó, contraviniendo una vez más AR2 a lo estipulado en el artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica.

72. A las 18:35 horas, de ese mismo día 2 de enero de 2021, AR4 reportó a V en muy malas condiciones hemodinámicas, con presión baja de 60/30 mmHg, frecuencia cardíaca elevada de 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria aumentada de 26 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno de 89%, estudios de laboratorio con resultados fuera de parámetros normales, lo cual mostraba que aún continuaba con proceso infeccioso a nivel pulmonar, mencionó que presentaba respiración agónica²⁶, en su nota manifestó que se informó de la gravedad al familiar y se procedió a intubar, sin que se anotara a través de que medio hizo del conocimiento la noticia al familiar.

²⁶ Patrón anormal e irregular de intento de respiración caracterizado por dificultad extrema, jadeo, boqueo y puede tener vocalizaciones extrañas.

73. Posterior al evento V tuvo una disminución de la presión arterial por lo que se indicó dopamina (de la cual al no ver disponibilidad se cambió por norepinefrina), siendo su estado de salud muy grave, con pronóstico malo a corto o mediano plazo.

74. En la opinión médica de personal de este Organismo Nacional, la reintubación fue acorde a lo establecido a la literatura médica ya que presentó respiración agónica, taquipnea (frecuencia respiratoria superior a 20 respiraciones por minuto), saturación de oxígeno menor a 90% a pesar de la oxigenoterapia, taquicardia e hipotensión, sin embargo, como ya se había comentado la reintubación está asociada a una mayor estancia hospitalaria y a un incremento de la mortalidad por el tiempo en que V permaneció sin un adecuado soporte mecánico respiratorio al permanecer extubada un día antes.

75. El 3 de enero de 2021 a las 16:46 horas, atendida por AR4 reportó a V con los diagnósticos de neumonía atípica secundaria SARS-CoV-2 y síndrome dificultad respiratoria severa, consignó una tensión arterial de 120/50 mmHg y frecuencia cardiaca de 88 latidos por minuto normales, ya sin apoyo de amina consistente en norepinefrina, saturación de oxígeno baja de 89%, bajo ventilación mecánica y sedación profunda, de acuerdo con los resultados de laboratorio, siguió con leucocitosis debido al proceso infeccioso, por lo que se continuó tratamiento con antibiótico consistente en Piperacilina/Tazonabactam, se reportó a V grave, informándole a los familiares, sin especificar en la nota a través de que medio se les notificó.

76. El 4 de enero de 2021, a las 12:00 horas V fue atendida por PSP3 quien mencionó que se encontraba neurológicamente bajo sedación profunda, presión arterial media de 88 mmHg, aminas ya suspendidas debido a que mejoró frecuencia cardiaca, la cual en ese momento se reportó de 74 latidos por minuto, glucemia aceptable, uresis disminuida, sin fiebre; sin embargo, leucocitos con importante elevación de 30,600 (conteo normal de 4,400-11,300), por lo que la facultativa

solicitó urocultivo, cultivo de secreción bronquial y hemocultivo en búsqueda de microorganismos infecciosos agregados, para normar tratamiento a seguir, mencionó que la evolución clínica de V era tórpida por extubación fallida (ocurrida el 1° de enero de 2021), por lo que se encontraba grave, informando a los familiares, sin que se comente en nota que fue lo que se les explicó y a través de que medio.

77. El 5 y 6 de enero de 2021, V siguió siendo reportada como grave; y el 7 de enero de 2021 fue valorada nuevamente por PSP3 quien reportó urocultivo negativo, cultivo de secreción bronquial con presencia de *Stenotrophomonas maltophilia* y *candida albicans*, microorganismos agregados por invasión a la vía aérea y oportunistas por la disminución de la respuesta inmunológica, por lo que se ajustó antibiótico de acuerdo a la sensibilidad a dichos microorganismos, indicándose medicamento antimicótico consistente en caspofungina.

78. El 8 de enero de 2021, a las 12:00 horas V fue atendida por PSP3 quien en su nota médica consignó tensión arterial baja 97/56 mmHg, frecuencia cardiaca elevada de 107 latidos por minuto y respiratoria elevada de 22 por minuto, temperatura norma de 36.5 grados centígrados, saturación de oxígeno baja de 88%, bajo sedación muy profunda, tendencia a la hipotensión, campos pulmonares hipoventilados, presión parcial de oxígeno o P_{O_2} por gasometría de 75, presentó hipoglucemia de 30 mg//dl, requiriendo administración de dextrosa al 50%, posterior a eso subió a 70mh/dl, uresis normal de 1815 mililitros y se mencionó en la nota la probabilidad de mortalidad a corto plazo.

79. Posteriormente, a las 17:30 horas del 8 de enero de 2021, se desconoce quien realizó registro de electrocardiograma en el que se apreció trazo isoeléctrico el cual demuestra que no hay actividad cardíaca, estableciendo la defunción de V; respecto a lo cual, hoja de enfermería del citado día, se muestra ilegible en la mayor parte de su contenido, alcanzando a leer lo siguiente de manera textual **“...femenino con apoyo ventilatorio bajo sedación con signos vitales**

inestables...sangrado activo por boca en malas condiciones, fallece a las 17:30 horas, se toma EKG...”, sin que se pueda corroborar si se le aplicaron maniobras de reanimación a V, puesto que no se encuentra integrado en el expediente clínico la nota de defunción, donde se detalle cual fue la atención que se le proporcionó en sus últimos momentos de vida, incumpliendo con la NOM, “*Del expediente clínico*”.

80. De igual forma el 8 de enero de 2021, sin especificarse hora, en hoja de alta hospitalaria la cual tampoco contiene el nombre ni la firma de quien la suscribe, se lee lo siguiente: “*...causa básica de la defunción I-A Neumonía COVID...paciente la cual acude a módulo respiratorio por presentar datos de dificultad respiratoria, se decide toma de PCR para SARS CoV-2, la cual es positiva y con TAC sugestiva de decide ingreso al área de COVID, en su estancia intrahospitalaria recibe tratamiento a base de soluciones, medicamentos, oxígeno suplementario a requerimiento, a pesar de recibir tratamiento V presenta evolución tórpida. Fallece el día 08/01/2021...*”.

81. En el certificado de defunción de V, aparece hora de defunción a las 17:30 horas, certificada por PSP8, el 8 de enero de 2021, siendo la causa de defunción “Neumonía COVID-19”, siendo el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte de 24 días.

82. De las irregularidades descritas y analizadas, se acreditó la inadecuada atención médica por parte del personal médico y de enfermería del Hospital General del ISSSTE, con lo que impidieron garantizar con efectividad a su derecho a la protección de la salud y la vida de V.

83. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 4º, párrafo cuarto, constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud

públicos para proteger, promover y restaurar la salud de las personas. En el presente caso, el personal del Hospital General del ISSSTE, que atendió a V, no brindaron una adecuada atención médica al omitir el cuidado y debida vigilancia de V para prevenir su desconexión con el ventilador mecánico, ya que no reunía los criterios clínicos para asumir la función respiratoria por sí misma.

B. DERECHO A LA VIDA

84. Ahora bien, al delimitarse las responsabilidades derivadas de la omisión de brindar atención médica, descrita en los párrafos que anteceden, éstas mermaron el acceso a una atención médica oportuna que agotara todas las posibilidades para lograr una adecuada y oportuna atención médica en favor V, lo que causó el deterioro de sus condiciones de salud, trayendo como desenlace el posterior fallecimiento.

85. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos: 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y el artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto a que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida, por tanto, corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

86. La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ya que de su salvaguarda

depende la realización de los demás derechos. En razón de dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio²⁷, entendiéndose con ello que, los derechos a la vida y a la integridad personal se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de la misma.

87. Por su parte, la SCJN ha determinado que *“el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión del 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...”*²⁸

88. Este Organismo Nacional ha sostenido que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional [...] a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”*²⁹.

²⁷ CrIDH, *Caso González y otras “Campo Algodonero” Vs. México*, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232.

²⁸ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, pág.24.

²⁹ “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) Vs Guatemala”. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

89. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la omisión de brindar atención médica oportuna por parte del Hospital General del ISSSTE, son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida de V.

90. Así, V no contó con la atención médica oportuna, en virtud de que no brindaron una adecuada atención médica al omitir el cuidado y debida vigilancia para prevenir su desconexión con el ventilador mecánico el 1 de enero de 2021, ya que no reunía los criterios clínicos para asumir la función respiratoria por sí misma, lo cual se corroboró al día siguiente, al reportarla por parte del personal médico como extubada; con deterioro respiratorio; y, al no integrar notas medicas ni registros de enfermería en donde demuestren los cuidados médicos proporcionados a V de ese día.

91. De lo expuesto, se concluye que el personal médico y de enfermería, vulneraron el derecho a la protección de la salud de V, previstos en los artículos precisados en el presente apartado.

C. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

92. Como se comentó V, persona adulta mayor, contaba con el antecedente de diabetes mellitus diagnosticada un día antes de los hechos; así como de histerectomía ocho años previos a la fecha de los hechos por causa no especificada y extracción de tumoración benigna del cuello, se le debió de brindar un trato digno con razón de su situación de vulnerabilidad y una atención médica prioritaria por parte del personal adscrito al Hospital General del ISSSTE, lo que no sucedió.

93. 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.”³⁰ A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

94. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.”³¹

95. Esta Comisión Nacional reconoce que las personas adultas mayores constituyen un grupo en situación especial de vulnerabilidad,³² considerando que en México son particularmente susceptibles a “enfrentar situaciones que anulan o menoscaban su dignidad, y su carácter de sujetos de derechos humanos, las cuales constituyen un obstáculo para que disfruten de una vida plena, se garantice el acceso a sus derechos y sean tomadas en cuenta como agentes autónomos participativos en su familia, comunidad y Estado.”

96. El artículo 17, párrafo primero del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos,

³⁰ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, p. 8; CNDH, Recomendación 52/2020, párr. 26; 23/2020, párr. 22; 26/2019, párr. 24.

³¹ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

³² CNDH, “Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México”, febrero de 2019, párr. 163.

Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador"); los artículos 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 de "Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores"; los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, y la Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad establecen que las personas adultas mayores constituyen un grupo vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención que son los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

97. La CrIDH ha establecido la importancia de visibilizar a las personas adultas mayores como *"...sujetos de derechos con especial protección y por ende de cuidado integral, con el respeto de su autonomía e independencia (...) Por lo tanto, esta Corte considera que, respecto de las personas adultas mayores, como grupo en situación de vulnerabilidad, existe una obligación reforzada de respeto y garantía de su derecho a la salud..."*³³

98. La Ley General de Salud, vigente en la fecha de los hechos acaecidos a V, en su artículo 25 ordena que en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud *"se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos en situación de vulnerabilidad."*

C.1. Situación de vulnerabilidad de las personas adultas mayores que padecen enfermedades crónicas

³³ "Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile", Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 132

99. La OMS señala que las enfermedades crónicas son aquellas de *“larga duración y por lo general de progresión lenta”*.³⁴ Para dicho Organismo Internacional, las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor afectación son las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición.³⁵

100. Por su parte, el ISSSTE considera que las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por progresión lenta y de larga duración; son complejas e implican un alto grado de dificultad técnica. Entre las que generan mayores costos al Instituto son las enfermedades i) cardiovasculares e hipertensión arterial; ii) la diabetes mellitus; iii) los cánceres, en particular el cérvico-uterino y de mama, y iv) la insuficiencia renal crónica, principalmente como complicación de las dos primeras.

101. La OMS en su Informe Mundial sobre la Diabetes, indica que dicho padecimiento *“puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente.”*³⁶

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

³⁴ OMS, Enfermedades crónicas. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

³⁵ OMS, “Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

³⁶ Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la diabetes”, Suiza, OMS, 2016, p. 6

103. Por lo que, V atendiendo a su calidad de persona adulta mayor, con diabetes mellitus, histerectomía por causa no especificada y extracción de tumoración benigna del cuello, se le debió de brindar un trato digno con razón de su situación de vulnerabilidad y atendiendo a la especial protección, una atención médica prioritaria por personal adscrito al Hospital General del ISSSTE.

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

104. El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a la información, determinando que el Estado es el encargado de garantizarlo.

105. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, párrafo 27, emitida el 31 de enero de 2017, consideró que “... *los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico*”³⁷.

106. Resulta aplicable la sentencia del “*Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*” del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere “... *la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarlas y, en su caso, las consecuentes responsabilidades*”; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben

³⁷ CNDH. “*Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*”, 31 de enero de 2017.

analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza³⁸.

107. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”*.³⁹

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

109. Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar*

³⁸ CNDH. Recomendaciones: 28/2021, párrafo 103; 4/2021, párrafo 156; 2/2021, párrafo 81; 87/2020, párrafo 114; 80/2019, párrafo 66; 1/2018, párrafo 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párrafo 171 y 14/2016, párrafo 41.

³⁹ Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad⁴⁰.

110. También se ha establecido que 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 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 persona⁴¹.

111. Por lo que se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de V que fueron enviadas a este Organismo Nacional con motivo de la queja presentada.

D. 1. Inadecuada integración del expediente clínico

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

⁴⁰ CNDH. Recomendación General 29/2017.

⁴¹ *Ibidem*, párrafo 34.

113. No obstante, de las Recomendaciones, el personal médico, en algunos de los casos, persisten en no dar cumplimiento a la NOM “*Del expediente clínico*”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

114. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, por lo que, están obligadas a tomar medidas de prevención para que la Norma Oficial Mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

115. Del expediente clínico elaborado por la atención médica que se le brindó a V, se advirtió que dentro del expediente no se cuenta con notas de evolución ni indicaciones médicas, así como tampoco hoja de registros de enfermería, relativas al 1 de enero de 2021.

116. El 20 de diciembre de 2020 y el 2 de enero de 2021, AR1 y AR2, omitieron dejar constancia escrita de la negativa de V al procedimiento de intubación endotraqueal antes de que se llevara a cabo, incurriendo en inobservancia a la Norma Oficial Mexicana NOM del expediente clínico e incumpliendo con lo establecido en la Ley General de Salud, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, versados en la presente opinión médica elaborada por esta CNDH, haciendo hincapié que dichas inobservancias no tuvieron repercusión en el estado de salud de V.

117. En el expediente clínico de V, no consta por escrito que, el 22 de diciembre de 2020, y el 2 de enero de 2021, AR3 y AR4 respectivamente, recabaran la autorización de V o de algún familiar, o bien en el caso de ameritar llevar a cabo el procedimiento de forma urgente, acordar junto con otro médico la intervención; por dicha omisión, contravinieron el artículo 51 Bis 2 de la Ley General de Salud; artículo 81 del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Prestación de

Servicios de Atención Médica; y el numeral 10.1.4 de la NOM “Del expediente clínico”.

118. En la nota de 22 de diciembre de 2020, AR3 no consignó los signos vitales de V, incurriendo con lo establecido en la NOM “Del Expediente Clínico” en su numeral 6.21 “... Nota de evolución, Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente...6.2. signos vitales, según se considere necesario”.

119. En la nota de 8 de enero de 2021, no se especificó la hora, en la hoja del alta hospitalaria, la cual tampoco contiene el nombre ni la firma de quien la suscribe.

120. Incumpliendo con ello con el numeral 5.10 de la NOM “*Del expediente clínico*”, los cuales establecen que “*Todas las notas del 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...*”.

E. RESPONSABILIDAD

E.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

121. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3 y AR4, por la inadecuada atención médica que realizaron a V en el Hospital General del ISSSTE, se concluyó que la misma consistió en lo siguiente:

a) El 1 de enero de 2021, el personal médico y de enfermería del área de COVID, no brindaron una adecuada atención médica al omitir el cuidado y debida vigilancia de V, para prevenir su desconexión con el ventilador mecánico.

b) AR1 y AR2 omitieron dejar constancia escrita de la negativa de V al procedimiento de intubación endotraqueal antes de que se llevara a cabo.

c) AR3 y AR4 omitieron recabar la autorización de V o de algún familiar, y en el caso de ameritar llevar a cabo el procedimiento de forma urgente, acordar junto con otro médico la intervención, lo cual tampoco fue asentado por escrito.

d) La falta de medicamento para sedación que ocasionó la asincronía de V con el ventilador mecánico, así como la extubación de V, fueron originadas por omisiones ya descritas, que contribuyeron al empeoramiento de las condiciones clínicas y respiratorias de V, derivando en su lamentable deceso.

122. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron, de manera respectiva, con las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén en términos generales que las personas servidoras públicas observarán en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público. Para la efectiva aplicación de dichos principios, observarán las siguientes directrices: I. Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones y promover, respetar y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución; así como cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

123. En la presente Recomendación ha quedado expuesta la responsabilidad de las personas servidoras públicas del Hospital General del ISSSTE, por violación al

derecho a la protección de la salud, a la vida y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V, así como de forma indirecta QVI, VI2, VI3 y VI4.

124. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6 fracción III; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente denuncia administrativa ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, por la inadecuada atención médica de V, así como respecto a las advertidas omisiones en la integración del expediente clínico, debiéndose además indagar la identidad del personal encargada de enfermería, para que en su caso determinen las responsabilidades que correspondan con motivo de violaciones a derechos humanos acreditadas.

E.2. Responsabilidad institucional

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

126. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se consideran en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado Mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación

de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman del sistema universal de las Naciones Unidas.

127. Cuando las autoridades incumplen con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponda de manera específica a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

128. Este Organismo Nacional igualmente advirtió que del 24 al 29 de diciembre de 2020, V no logró sincronía con el ventilador mecánico, debido a que había carencia de medicamento sedante, lo cual agravó su condición respiratoria y entorpeció su evolución clínica; siendo una situación que fue reportada por el personal médico tratante a los directivos del Hospital General del ISSSTE, siendo una omisión de carácter administrativo que contraviene con el Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, tal como fue citado en la presente Recomendación.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

129. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra vía, es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 64 y 65 inciso c)

de la Ley General de Víctimas, los cuales prevén 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 las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

130. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 73, fracción V, 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I último párrafo, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los Derechos humanos a la protección de la salud, por inadecuada atención médica y acceso a la información en materia de salud de V, este Organismo Nacional les reconoce a QVI, VI2, VI3 y VI4, su calidad de víctimas, por los hechos que originaron el presente expediente; en esa virtud, el acceso a los recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que, se deberá inscribir en razón del fallecimiento de V; así también, como víctimas indirectas a QVI, VI2, VI3 y VI4 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

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

132. En el *Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú*, la CrIDH asumió 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”, además precisó que “... 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”⁴² .

133. Sobre el “deber de prevención”, la CrIDH sostuvo que este: “... *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de*

⁴² CrIDH, *Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú*, Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte ...”⁴³.

134. En ese tenor, esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los siguientes términos:

i. Medidas de rehabilitación

135. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causas de violaciones de derechos humanos, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 26, 27, fracción II, 62 y 63 la Ley General de Víctimas, estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices –instrumento antes referido–, la rehabilitación incluye “*la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales*”.

136. Por lo anterior, el ISSSTE, en coordinación con la CEAV, deberá proporcionar a QVI, VI2, VI3 y VI4, la atención psicológica y tanatológica, en caso de que la requieran, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, y de manera continua durante el tiempo que duren los procedimientos en los cuales, tengan competencia para la defensa de los derechos de la víctima.

137. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, y brindando información previa y clara; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto segundo recomendatorio.

⁴³ CrIDH, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*, Fondo, sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

ii Medidas de compensación

138. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones 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 familia⁴⁴.”

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

140. Para tal efecto, el ISSSTE deberá colaborar con la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI2, VI3 y VI4, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, acompañada de los Formatos Únicos de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que esta 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 QVI, VI2, VI3 y VI4, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones; hecho lo

⁴⁴ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 90.

cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento, ello con la finalidad de dar atención al punto primero recomendatorio.

iii. Medidas de satisfacción

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

142. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al ISSSTE, colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente ante en el Órgano Interno de Control de ese Instituto, en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, referidas en la presente Recomendación.

143. Por lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, se deberá informar las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

iv. Medidas de no repetición

144. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas; y consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de Derechos Humanos no vuelvan a ocurrir y contribuir a su prevención; por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

145. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del ISSSTE, diseñen e impartan en el plazo de seis meses, después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico de Urgencias y directivos del Hospital General del ISSSTE, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4, de estar en activo laborando, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas para dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

146. Se deberá emitir en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya al personal directivo y médico de Urgencias del Hospital General del ISSSTE, para que adopten las medidas efectivas para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM “Del expediente clínico”; hecho lo anterior, con el objeto de garantizar su no repetición, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió; ello en cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

147. 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 su respectivo ámbito de competencias, a fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y por consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

148. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a Usted, Director General del ISSSTE las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI2, VI3 y VI4, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, acompañada de los Formatos Únicos de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, 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 causado a QVI, VI2, VI3 y VI4, 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 Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue la atención psicológica y tanatológica que requiera QVI, VI2, VI3 y VI4, en caso de que la requieran, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, y de manera continua durante el tiempo que duren los

procedimientos en los cuales tengan competencia para la defensa de los derechos de la víctima. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento; hecho lo anterior, se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, por los actos y omisiones precisadas en el apartado de Observaciones de la presente Recomendación, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Se diseñe e imparta en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, al personal directivo y médico de Urgencias del Hospital General del ISSSTE, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4, de estar laboralmente activas, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Hecho lo

anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire las instrucciones respectivas para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular en la que se instruya al personal directivo y médico de Urgencias del Hospital General del ISSSTE, para que adopten las medidas efectivas para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM “Del expediente clínico, hecho lo anterior, con el objeto de garantizar su no repetición; además, se deberán enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

149. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos del artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

150. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

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

152. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, éstos deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia a efecto de que explique el motivo de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

BVH