RECOMENDACIÓN NO. 298/2023.

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA INTEGRIDAD PERSONAL, A LA VIDA Y DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE V1 EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1-A DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACIAS "VENADOS" y UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 15 de diciembre 2023

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

Apreciable señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102 Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3 primer párrafo; 4, 6 fracciones I, II y III; 15 fracción VII; 24 fracciones II y IV; 26, 41, 42, 44; 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2019/11663/Q**, relacionado con la atención brindada a V en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y/o datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4 párrafo segundo de la Ley de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo,

de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9 y 11, fracción VI, 16, 113, fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y, 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Esa información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, en un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las respectivas medidas de protección de esos datos.

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

Denominación	Claves
Víctima	V
Víctima indirecta	VI
Quejosa y Víctima Indirecta	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI
Opinión Médica realizada por personal médico especializado adscrito a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Opinión Médica

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

Nombre	Abreviaturas
Centro Médico Nacional Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México.	CMN SXXI
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH / Comisión Nacional
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Adultos	Guía IMSS-415-10
Guía de Práctica Clínica de Desnutrición Intrahospitalaria: Tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento	Guía IMSS-641-13
Guía de Práctica Clínica de Laparotomía y/o Laparoscopía Diagnóstica en abdomen agudo no Traumático en el adulto	Guía IMSS-509-11
Hospital General de Zona No. 1 “Venados” del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México.	HGZ 1A
Unidad de Medicina Familiar No. 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México.	UMF 19
Hospital General de Zona No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México	HGZ 8
NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM-004-SSA3-2012
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. El 29 de noviembre de 2019, fue presentado por QVI1 ante esta CNDH el escrito de queja sobre V1 en el que se refirió que el 14 de diciembre de 2018 a las 15:00 horas, V1 mujer ingresó a Urgencias del HGZ 8 para observación debido a que presentaba náuseas, vómito, inflamación y dolor abdominal. En dicha área, V1

permaneció en una silla durante toda la tarde y noche e indicó al personal de ese hospital que se sentía mal recibiendo como respuesta “espera a que venga el médico cirujano para que te valore”, al día siguiente fue operada de urgencia.

6. El 15 de diciembre de 2018, V1 fue trasladada al área de Urgencias del HGZ 1A donde permaneció del 16 al 20 del mes y año citados dándola de alta el 21 de diciembre del mismo año. El 15 de febrero de 2019, V1 acudió a la UMF 19 porque estaba bajando de peso, ahí el personal médico que la atendió le señaló que la náusea y el vómito “eran normales”, por lo que V1 solicitó que se le enviara al servicio de Gastroenterología, indicándole que eso debía hacerlo personal del HGZ 1A.

7. El 22 de febrero de 2019 a las 23:00 horas, V1 ingreso a Urgencias del HGZ 1A siendo hasta el 26 de febrero a las 6:12 horas que le dieron tratamiento para que su intestino funcionara bien, decidiendo pinzar la sonda nasogástrica[1] para dejarla 72 horas para ello, sin embargo, QVI1 refirió que a la media hora salió AR9, médico adscrito al servicio de Urgencias HGZ 1A, y le dijo: “firme este papel porque hay que operar a V1 de urgencia”.

8. El 10 de abril de 2019, V1 fue trasladada al CMN SXXI y fue hasta el 15 del mismo mes que los médicos comentaron a V1 que tenía un retardo en el vaciamiento gástrico del estómago, indicándole tratamiento y dándola de alta el 17 de abril de 2019. El 17 de junio de 2019, V1 ingresó una vez más al CMN SXXI dónde le fue colocada una sonda debido a que seguía bajando de peso.

[1] Es una sonda especial que lleva alimentos y medicamentos al estómago a través de la nariz.

9. V1 tuvo una evolución tórpida[2] y el 20 de junio de 2019 pasó a hemodinamia para colocación de catéter, siendo la única forma de nivelar el potasio, además de que ya no era posible canalizarla y que por su estado nutricional requería alimento parenteral. El 01 de julio PSP16 le practicó una cirugía más, disminuyeron los vómitos y sus familiares recibieron capacitación para conectarle alimento parenteral para lograr recuperación de peso, por lo que fue dada de alta el 9 de octubre de 2019 con un peso de 34 kg.

10. V1 permaneció en el HGZ 1A hasta el 10 de abril de 2019, fecha en la que acudió a estudio de enterostomía[3] en el CMN SXXI donde fue ingresada ese mismo día. En dicho Centro Médico inició control durante un año en la Consulta Externa del servicio de Gastrocirugía para seguimiento de gastroparesia. Finalmente, el 31 de marzo de 2020 V1 acudió a Urgencias del CMN SXXI siendo hospitalizada hasta el 02 de abril del mismo año, fecha en la que falleció como consecuencia de la evolución de su padecimiento inicial.

11. Debido a lo anterior, toda vez que la parte quejosa adujó la existencia de actos y omisiones que constituyen arbitrariedades de tipo médico, esta CNDH radicó el expediente de queja **CNDH/4/2019/11663/Q,** al advertir presuntas violaciones a los derechos humanos de V1 atribuibles al personal médico de la UMF 19 y del HGZ 1A, por lo que se solicitó el informe y copia de los expedientes clínicos respectivos al IMSS y se realizaron diversas diligencias para esclarecer los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de Pruebas de esta Recomendación.

---

[2] Que reacciona con dificultad o torpeza.
[3] Una enterostomía se realiza cuando se necesita una nueva vía de excreción de la materia intestinal o fecal debido al funcionamiento anormal de los intestinos

II. EVIDENCIAS

12. Escrito de queja presentado en esta Comisión Nacional el 29 de noviembre de 2019 de QVI1, en el que se describieron hechos presuntamente violatorios de derechos humanos imputables a personas servidoras públicas del IMSS debido a una inadecuada atención médica.

13. Acta circunstanciada de 05 de diciembre del 2019 en la cual se hizo constar la comunicación telefónica sostenida por personal de esta CNDH con QVI1, en la que reiteró los hechos materia de la queja y se informó que por estos hechos se presentó denuncia ante la FGR el 30 de marzo del 2019.

14. Correo electrónico de fecha 4 de noviembre del 2020 en el que se remite el Oficio No. 372405200200/239/2020 de 29 de octubre de 2020, mediante el cual personal de la UMF 19 rindió el informe solicitado por este CNDH consistente en los siguientes documentos:

14.1 Expediente clínico de V1 sobre la atención otorgada en el HGZ 1A;

14.1.1 Notas médicas y prescripción de fecha 15 de marzo de 2019 a las 05:10 horas, suscrita por AR14;

14.1.2 Nota de Evolución del servicio de Cirugía General de fecha 23 de marzo de 2019, suscrita por AR10;

14.1.3 Nota de Evolución del servicio de Cirugía General de fecha 24 de marzo de 2019, suscrita por AR12;

14.1.4 Nota de valoración y egreso de Gastrocirugía de fecha 21 de marzo de 2019, suscrita por PSP14;

14.1.5 Nota inicial de admisión continua de fecha 21 de marzo de 2019 a las 19:01 horas, suscrita por PSP13;

14.1.6 Notas médicas y prescripciones de fecha 21 de marzo de 2019 a las 19:01 horas, suscrita por PSP13;

14.1.7 Notas médicas y prescripciones de fecha 21 de marzo de 2019 a las 19:01 horas, suscrita por PSP13;

14.1.8 Nota de valoración de Endoscopia Gastro Intestinal de fecha 2 de abril de 2019 a las 18:30 horas, suscrita por PSP23;

14.1.9 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 21 de marzo de 2019, suscrita por AR12;

14.1.10 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 20 de marzo de 2019, suscrita por AR12;

14.1.11 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 19 de marzo de 2019, suscrita por AR12 y AR10;

14.1.12 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 20 de marzo de 2019, a las 03:40 horas, suscrita por SP12;

14.1.13 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 17 de marzo de 2019, suscrita por AR12;

14.1.14 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 18 de marzo de 2019, suscrita por AR12;

14.1.15 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 15 de marzo de 2019, suscrita por AR13;

14.1.16 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 16 de marzo de 2019, suscrita por AR13;

14.1.17 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 13 de marzo de 2019, suscrita por AR13;

14.1.18 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 12 de marzo de 2019, suscrita por AR12;

14.1.19 Nota de Valoración del Servicio de Cirugía General de fecha 11 de marzo de 2019, a las 22.40 horas, suscrita por PSP10;

14.1.20 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 12 de marzo de 2019, a las 03:30 horas, suscrita por PSP11;

14.1.21 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 11 de marzo de 2019, suscrita por AR11;

14.1.22 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 10 de marzo de 2019, a las 18:30 horas, suscrita por AR12;

14.1.23 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 10 de marzo de 2019, suscrita por AR13;

14.1.24 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 9 de marzo de 2019, suscrita por AR13;

14.1.25 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 10 de marzo de 2019, suscrita por AR13;

14.1.26 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 9 de marzo de 2019;

14.1.27 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 9 de marzo de 2019, suscrita por AR15;

14.1.28 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 9 de marzo de 2019, suscrita por AR10;

14.1.29 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 9 de marzo de 2019, suscrita por AR10;

14.1.30 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 8 de marzo de 2019, suscrita por AR10;

14.1.31 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 6 de marzo de 2019, suscrita por AR13;

14.1.32 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 4 de marzo de 2019, suscrita por SP8;

14.1.33 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 3 de marzo de 2019, suscrita por PSP8;

14.1.34 Nota de Evolución del Servicio de Cirugía General de fecha 2 de marzo de 2019, suscrita por PSP8;

14.1.35 Nota de Valoración del Servicio de Cirugía General de fecha de febrero de 2019, suscrita por AR12;

14.1.36 Nota de Evolución Matutina del Servicio de Urgencias de fecha 26 de febrero de 2019, a las 9:30 horas;

14.1.37 Nota de Valoración del Servicio de Cirugía General de fecha febrero de 2019, a las 22:30 horas, suscrita por PSP7;

14.1.38 Nota de Evolución Matutina de fecha 24 de febrero de 2019, a las 11:35 horas, suscrita por AR4;

14.1.39 Nota de Evolución Vespertina de fecha 23 de febrero de 2019, a las 18:45 horas, suscrita por AR8;

14.1.40 Nota de Evolución del turno Nocturno de fecha 24 de marzo de 2019, a las 02:50 horas, suscrita por AR9;

14.1.41 Triage y Nota Inicial del Servicio de Urgencias de fecha 22 de febrero de 2019, a las 23:43 horas;

14.1.42 Nota de Ingreso al Servicio de Cirugía General de fecha 19 de febrero de 2019, suscrita por AR5;

14.1.43 Nota Médica y Prestaciones de fecha 16 de enero de 2018, a las 08:05 horas, suscrita por PSP3;

14.1.44 Nota Médica de Egreso de fecha 21 de diciembre de 2018, a las 13:00 horas, suscrita por AR1;

14.1.45 Nota de Evolución del servicio de Cirugía General de fecha 17 de diciembre de 2018 a las 23:41 horas y 18 de diciembre de 2018 a las 08:07 horas, suscritas por AR3;

14.1.46 Notas Médicas y Prestaciones de fecha 17 de diciembre de 2018, a las 10:15 y 16:15 horas;

14.1.47 Nota de Evolución del servicio de Cirugía General de fecha 16 de diciembre de 2018;

14.1.48 Triage y Nota Inicial del Servicio de Urgencias de fecha 15 de diciembre de 2018 a las 22:01 horas, suscrita por PSP1;

14.1.49 Nota de Evolución Nocturna e Ingreso a Observaciones del servicio de Urgencias de fecha 16 de diciembre de 2018 a las 03:30 horas, suscrita por PSP2;

14.1.50 CR de colón por enema de fecha 19 de marzo de 2019 a las 07:39 horas;

14.1.51 Panendoscopia de fecha 8 de marzo de 2019;

14.1.52 Estudio tomográfico de abdomen de fecha 12 de marzo de 2019 a las 07:43;

14.1.53 Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería, de fecha 21 de marzo de 2019;

14.1.54 Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería, de fecha 20 de marzo de 2019;

14.1.55 Triage y nota inicial del servicio de Urgencias de fecha 14 de diciembre de 2018 a las 14:58 horas;

14.1.56 Nota de revaloración nocturna de fecha 14 de diciembre de 2018 a las 22:18 horas;

14.1.57 Radiografía de tórax de fecha 15 de diciembre de 2018 a las 09:29 horas;

14.1.58 Radiología e imagen de fecha 14 de diciembre de 2018;

14.1.59 Nota médica de fecha 28 de diciembre de 2018 a las 19:15 horas, suscrita por PSP6;

14.1.60 Nota médica de fecha 15 de febrero de 2019 a las 19:45 horas, suscrita por AR7;

14.1.61 Referencia y contrarreferencia de fecha 15 de diciembre de 2018 a las 00:00 horas;

14.1.62 Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de fecha 15 de diciembre de 2018;

14.1.63 Notas médicas y prescripción de fecha 15 de diciembre de 2018.

15. Oficio No. 095503614033/337 de 29 de octubre de 2021, mediante el cual el IMSS informó que el caso de V1 fue sometido a consideración de la Comisión

Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico de ese Instituto, el cual emitió acuerdo en sentido improcedente el 3 de agosto del 2021, anexando copia del mismo.

16. Opinión Médica de fecha 04 de febrero de 2022, emitida por personal médico especializado adscrito a esta Comisión Nacional en la que se concluyó que la atención médica brindada a V1 en el Hospital General de Zona 1-A y UMF 19 fue inadecuada;

17. Acta circunstanciada de fecha 13 de octubre de 2023 en la que se hace constar la comunicación telefónica sostenida por personal de esta CNDH con QVI1 en la que informó el estado que guarda la carpeta de investigación abierta con motivo de los hechos, así como la recepción de correo electrónico con el que se remite el correspondiente Acuerdo de no ejercicio penal de la FGR de fecha 18 de agosto de 2021.

18. Acta circunstanciada de fecha 16 de octubre de 2023 que hace constar la recepción de correo electrónico mediante el cual el OIC del IMSS informa a esta CNDH sobre el escrito formulado por QVI1 de fecha 08 de marzo de 2019 y que el mismo fue turnado al Área de Auditoría Interna, de Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública del IMSS para su atención.

19. Acta circunstanciada de fecha 27 de noviembre de 2023, que hace constar la recepción de correo electrónico de personal del Área de Atención a Quejas de la CNDH del IMSS, mediante el cual remiten información sobre las autoridades señaladas como responsables en esta Recomendación.

20. Acta circunstanciada de fecha 12 de diciembre de 2023, que hace constar la recepción de correo electrónico de QVI1 mediante el cual remite la contestación del OIC IMSS sobre su escrito en formato libre, entregado a ese Órgano el 08 de marzo de 2019.

21. Acta circunstanciada de fecha 12 de diciembre de 2023, que hace constar la recepción de correo electrónico de QVI1, mediante el cual remite Acuerdo firmado por la Dirección General del RENAVI, en el que informó sobre el registro de QVI1 en el RENAVI como víctima indirecta de delito.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

22. El 8 de marzo de 2019, QVI1 presentó escrito en formato libre ante el OIC IMSS, sobre deficiencias en la atención proporcionada a V1 en el HGZ 1A, por lo que el 22 de marzo de 2019 personal del OIC IMSS le informó que su escrito había sido turnado a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS para conocimiento de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS

23. En ese sentido, el IMSS informó a esta CNDH que el caso de V1 fue sometido a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, resolviendo en sentido improcedente.

24. Asimismo, el 30 de marzo del 2019 QVI1 presentó denuncia ante la Fiscalía General de la República, generándose la Carpeta de Investigación correspondiente, la cual fue determinada con el no ejercicio de la acción penal en la fecha del 18 de agosto de 2021.

25. Con motivo de los hechos referidos en esta Recomendación, no ha sido iniciado procedimiento de Responsabilidad Patrimonial del Estado o Juicio de Amparo

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

26. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente **CNDH/4/2019/11663/Q** en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la CNDH, haciendo uso de un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, con enfoque de perspectiva de género; 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 criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias suficientes que acreditan violaciones a los derechos humanos de protección a la salud y a la integridad personal en agravio de V1, cuyos efectos afectaron indirectamente a QVI1 y VI2 atribuibles al personal médico de la UMF 19 y del HGZ 1A, en razón de los siguientes argumentos:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD E INTEGRIDAD

27. El artículo 4º párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Al respecto, la SCJN señala que el derecho de protección de la salud se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, y que, por otro lado, este derecho tiene una faceta social o pública que consiste en el deber del Estado de atender los

problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como establecer los mecanismos para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud.[4]

28. La CrIDH ha señalado que el derecho humano a la salud es fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos, y que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral;[5] como parte del acceso al derecho a la salud, también ha señalado "que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad"[6].

29. También la Convención para Erradicar todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres en su artículo 12.1, indica la obligación para que se adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica. Complementariamente, en el último párrafo alienta a los Estados Parte a ocuparse de cuestiones relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida de ésta.

---

[4] SCJN, Semanario Judicial de la Federación, Primera Sala, Décima Época, 1a./J. 8/2019, DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL, Registro digital: 2019358.
[5] CrIDH. Caso Brítez Arce y Otros Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. párr. 60.
[6] CrIDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 120.

30. El Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, refiere que la protección al derecho a la salud de las mujeres implica "que la mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental" [7]. En el mismo sentido, la Recomendación General 24 sobre el artículo 12 de la CEDAW, indica que "*los Estados Parte deben informar sobre las medidas que han adoptado para eliminar los obstáculos con que tropieza la mujer para acceder a servicios de atención médica, así como sobre las medidas que han adoptado para velar por el acceso oportuno y asequible de la mujer a dichos servicios*".[8]

31. La CrIDH ha interrelacionado el derecho a la integridad personal y el derecho a la salud, pues refiere que estos se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la Convención.[9]

32. La CrIDH ha señalado que, en cada caso, se deben tomar en cuenta las circunstancias específicas, teniendo en cuenta factores endógenos y exógenos. "Los primeros se refieren a las características del trato, tales como la duración, el método utilizado o el modo en que fueron infligidos los padecimientos, así como los efectos físicos y mentales que éstos tienden a causar. Los segundos remiten a las

[7]Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Disponible en: https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf. Fecha de consulta 27/03/2023.
[8] CEDAW, Recomendación General N.º 24: Artículo 12 CEDAW, "La mujer y la salud" 1999, Párr. 21.
[9] CrIDH. Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de agosto de 2017. Serie C No. 338. Párr. 119.

condiciones de la persona que padece dichos sufrimientos, entre ellos la edad, el sexo, el estado de salud, así como toda otra circunstancia personal".[10]

A.1 VULNERACIÓN DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD E INTEGRIDAD DE V1

33. V1, mujer, fue trasladada el 15 de diciembre de 2018 al servicio de Urgencias del HGZ 1A debido a problemas gastrointestinales donde permaneció los días 16, 17 y 18 del mes y año citados. El 15 de diciembre de 2018 a las 22:07 horas en el servicio de Urgencias donde fue valorada por PSP1, médico adscrito al servicio de Urgencias del HGZ 1A, quien indicó fluidoterapia intravenosa[11] para reposición de líquidos por deshidratación moderada, solicitando ingreso a piso de Cirugía para continuar con tratamiento médico especializado.

34. El 16 de diciembre de 2018 a las 03:30 horas PSP2, médico adscrito al servicio de Urgencias del HGZ 1A atendió a V1 y reportó resultados de laboratorio hipokalemia[12] leve, indicando plan de reposición intravenosa con cloruro de potasio y control estricto de líquidos. En el mismo día PSP3, médico adscrito al servicio de Urgencias refirió de V1 abdomen con peristalsis,[13] dolor, palpitación, indicando que al ser un paciente postoperatorio requería vigilancia; asimismo, en nota de

[10] CrIDH. Caso Bueno Alves Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 11 de mayo de 2007. Serie C No. 164, Párr. 83

[11] Es la técnica de administración de líquidos a través de una vía venosa, para mantener el equilibrio hidroelectrolítico.

[12] Los trastornos del metabolismo del potasio se encuentran entre las alteraciones electrolíticas más frecuentes en la práctica clínica. La hipopotasemia o hipokalemia se define por una concentración sérica de potasio por debajo del límite inferior de la normalidad: K < 3,5 mEq/l. [En línea] https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo trastornos-del-potasio-hipopotasemia-hiperpotasemia-383.

[13] Serie de contracciones musculares en forma ondulatoria que, cual banda transportadora, trasladan los alimentos a las diferentes estaciones de procesamiento del tracto digestivo.

Valoración de Cirugía General con nombre no legible del personal médico que la elaboró se indicó paciente estable, sin datos de infección, sangrado, irritación peritoneal que ameritarán tratamiento quirúrgico de urgencia, por lo que se indicó su ingreso a piso a cargo de Cirugía General para continuar en observación y con tratamiento especializado.

35. El 17 del mismo mes a las 03:00 horas, PSP4 médica especialista en Urgencias Médicas reportó a V1 con dolor abdominal, abdomen en madera[14]; consideró datos de abdomen agudo[15] por lo que solicitó revaloración por Cirugía General ante la posibilidad de requerir tratamiento quirúrgico de urgencia; reportó anuria[16] por lo que coloco sonda urinaria a derivación para cuantificación estricta de uresis.[17]

36. A las 07:40 horas del mismo día AR1, jefa del servicio de Cirugía General del HGZ 1A, le retiró sonda nasogástrica por indicación de Cirugía. A las 10:15 horas PSP5 indicó que se continuara manejo de V1 con doble antimicrobiano, protector de sonda Foley[18] y que estaba pendiente su ingreso a piso de Cirugía General para continuar manejo. A las 16:15 horas PSP12, médico especialista en Urgencias Médicas, reportó a V1 con adecuada canalización de gases, sin evacuaciones por

[14] Hecho que designa a una gran contractura abdominal, invencible, generada por procesos generalizados, habitualmente de resolución quirúrgica.
[15] Episodio de dolor abdominal que se presenta de forma brusca o aguda, con frecuencia causado por un proceso inflamatorio o perforativo de una víscera hueca intrabdominal.
[16] Ausencia total de orina o en cuantía inferior a 50 ml en 24 horas.
[17] Pérdida involuntaria de orina, durante el sueño, en niños mayores de cuatro años, sin que exista ninguna alteración orgánica del aparato urinario.
[18] Es una sonda suave de plástico o caucho que se introduce en la vejiga para vaciarla de orina.

la mañana; retiro de SNG (sonda nasogástrica)[19] y sonda Foley e indicó continuar con el manejo antimicrobiano y analgésico, remitiéndola a Cirugía General.

37. El 17 de diciembre del 2018 a las 23:41 horas AR2, Médica adscrita al HGZ 1A, reportó los resultados de laboratorio de V1 realizados en la misma fecha, presentando nivel de hemoglobina de 11.3 en sangre, siendo un cambio significativo con relación a su ingreso el 14 de diciembre del mismo año cuando reportó 16.40, sin que dicho dato fuera advertido por AR2, por lo que de acuerdo con la Opinión Médica de forma inadecuada el médico tratante omitió realizar el diagnóstico de anemia,[20]el analisis de sus causas y brindar en su caso, el tratamiento adecuado.

38. En la atención médica del día 18 de diciembre del 2018 a las 08:07 horas realizada por AR3, médico adscrito al servicio de Cirugía General del HGZ 1A, se indicó peristalsis presente, pero omitió de nueva cuenta valorar los resultados de laboratorio obtenidos el día anterior y diagnosticar de forma adecuada la anemia que V1 cursaba, situación que se reiteró con la atención brindada por AR4, médico adscrito al HGZ 1A, el 18 de diciembre a las 09:00 horas al solo advertir a V1 con herida quirúrgica saturada con bordes bien afrontados, sin hiperemia[21] ni secreciones.

---

[19] Las sondas nasogástricas se usan frecuentemente en la práctica clínica para el manejo de los pacientes que requieren descompresión del tracto gastrointestinal, para el diagnóstico y la valoración, para el apoyo nutricional y/o para la administración de medicamentos.

[20] La anemia es una afección en la que el número de glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina dentro de estos es menor de lo normal. Las causas más comunes de anemia son las carencias nutricionales, particularmente de hierro, aunque las carencias de folato, vitaminas B12 y A también son importantes; las hemoglobinopatías; las enfermedades infecciosas, como el paludismo, la tuberculosis, el sida y las parasitosis.

[21] Presencia de un incremento en la cantidad de sangre en una parte del cuerpo o en un órgano, que provoca congestión y encharcamiento de los vasos sanguíneos.

39. El 19 de diciembre del mismo año AR5, médico adscrito al servicio de Cirugía General del HGZ 1A, reportó a V1 con temperatura de 39°c y estableció el diagnóstico de postoperada de LAPE[22] más enterotomía[23] y cierre primario secundario a obstrucción intestinal por tricobezoar,[24]lo que fue inadecuado ya que la Opinión Médica advirtió que no había constancia en la nota quirúrgica de que los bezoares encontrados fueran del tipo referido, además, tomando en consideración que es muy raro encontrarlos en el intestino delgado sin presencia en el estómago y que generalmente lo presentan pacientes con antecedentes de cirugía previa, trastornos emocionales, psiquiátricos o retardo mental, condiciones que no estaban presentes en el caso de V1, en ese sentido, AR5 tambien omitió diagnosticar las alteraciones hidroeléctricas y la anemia, así como tampoco estableció medidas para tratar la temperatura de V1.

40. El día 20 de diciembre del 2018 a las 08:00 horas AR6, médico adscrito al servicio de Cirugía General del HGZ1A, refirió datos de FR 26x,[25]es decir, 26 respiraciones por minuto, por lo que V1 presentó taquipnea[26] sin que AR6 realizara un análisis respecto de las alteraciones en los signos vitales y de sus posibles causas. El 21 de diciembre de 2018 a las 13:00 horas, AR1 reportó a V1 con FC: 101 LPM,[27]temperatura 37.5°C, tolerando la vía oral, con evacuaciones presentes y afebril e indicó egreso hospitalario por mejoría clínica, lo anterior sin reportar niveles de electrólitos séricos que permitieran establecer que se habían corregido

[22] “Laparotomía exploratoria”: se trata de una cirugía abierta del abdomen para ver los órganos y los tejidos que se encuentran en el interior.
[23] Consiste en la realización de una incisión en la pared del intestino que penetre hasta su luz.
[24] Conglomerados de cabello ingerido por una persona que se pueden encontrar en el estómago, pero que se pueden extender hasta el intestino delgado.
[25] Frecuencia Respiratoria
[26] Término que se utiliza para describir la respiración si esta es demasiado acelerada.
[27] Latidos por Minuto.

las alteraciones hidroelectrolíticas de V1 mismas que siguieron persistiendo en las hospitalizaciones subsecuentes y sin que se valorara la anemia y la taquipnea que V1 cursaba, por lo que el actuar de AR1 fue inadecuado de acuerdo con la Opinión Médica, siendo importante referir además que pese a lo reportado por AR1 en los Registros de Enfermería, se asentó que V1 no había presentado evacuaciones desde el 19 de diciembre de ese año, situación que no fue advertida por dicho médico.

41. El 28 de diciembre de 2018 a las 19:15 horas, V1 acudió a la UMF 19 dónde PSP6 médica adscrita al servicio de Urgencias, la reportó con peso de 58 kilos y dificultad para evacuar. El 15 de febrero de 2019 a las 19:45 horas, V1 acude a la UMF 19 en dónde AR7, médica adscrita al servicio de Medicina Familiar de la UMF 19, la reportó con peso de 46 Kg lo que mostró una perdida aproximada del 29% con relación al peso corporal que V1 tenía en noviembre de 2018, en ese sentido se le refirió con IMC 16.29 bajo, peso que en el caso de pacientes hospitalizados es considerado desnutrición clínica.

42. El 22 de febrero de 2019 a las 23:43 horas, V1 ingresó nuevamente al servicio de Urgencias del HGZ 1A de acuerdo con información del Triage del servicio de Urgencias en la que no se asentó el nombre del médico que la realizó, quien reportó a V1 con FC 137, perdida ponderal en un mes de 9KG,[28] IDX[29] Pb[30] Íleo metabólico,[31] a descartar oclusión intestinal.[32] La Opinión Médica advirtió que V1

[28] Disminución del peso corporal, cuando no se está buscando bajar de peso.
[29] Impresión Diagnóstica.
[30] Probable.
[31] El **íleo** es una detención transitoria del peristaltismo intestinal (contracciones ocurren en el tubo digestivo).
[32] Obstrucción intestinal se produce cuando un bloqueo impide que los alimentos y líquidos circulen a través del tubo digestivo.

tenía taquicardia, palidez de tegumentos[33] y distención abdominal,[34] sin embargo nuevamente no se realizó una valoración sobre la pérdida de peso, no se registraron talla, peso o índice de masa corporal en la nota médica y no se profundizo en el interrogatorio para obtener datos que permitieran conocer las causas de la pérdida de peso así como la evaluación nutricional para establecer un plan nutricional adecuado y oportuno, por lo que de forma inadecuada se omitió establecer alteraciones en su estado nutricional.

43. El 23 de febrero de 2019 a las 18:40 horas AR8, médico adscrito al servicio de Cirugía General de la UMF 19, registró el resultado de laboratorio en el que se advirtió que V1 cursó con hiponatremia[35] al tener concentración de sodio en la sangre de 124.9, por lo que de forma inadecuada de acuerdo con la Opinión Médica, AR4 omitió establecer el diagnóstico de hiponatremia grave.[36] El 24 de febrero del 2019 V1 fue valorada por AR4, sobre dicha atención la Opinión Médica señaló que AR4 omitió solicitar el control de electrolitos séricos[37] para valorar la evolución de V1 y corrección de su desequilibrio hidroelectrolítico.[38]

---

[33] La palidez puede ser el resultado de una disminución del riego sanguíneo a la piel. También puede deberse a una reducción de la cantidad de glóbulos rojos (anemia).
[34] Es una afección en la que el **abdomen** (vientre) se siente lleno y apretado.
[35] La hiponatremia se define como una concentración sérica de sodio <135mmol/L y es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente en la práctica clínica. La hiponatremia puede causar un amplio espectro de síntomas clínicos, desde sutiles hasta graves o incluso mortales, y se asocia con aumento de la morbimortalidad y prolongación de la estancia hospitalaria.
Goce Spasovskia, Raymond Vanholder. "Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hiponatremia". Vol. 37. Núm. 4. 2017. [En línea] https://www.revistanefrologia.com/es-quite-practica-clinica sobre-el-articulo-S0211699517300942.
[36] Definimos hiponatremia «<leve» a la natremia entre 130 y 135mmol/L, hiponatremia «moderada>> a la natremia entre 125 y 129 mmol/L, hiponatremia «<grave»> a la natremia <125mmol/L. Goce Spasovskia, Raymond Vanholder. Ibidem.
[37] Minerales presentes en la sangre y otros líquidos corporales que llevan una carga eléctrica.
[38] Alteraciones del contenido de agua o electrolitos en el cuerpo humano, cuando la cantidad de estas sustancias baja o aumenta.

44. El 25 de febrero del 2019 a las 22:30 horas, V1 fue valorada por PSP7 quien reportó los resultados de los estudios de rayos X con evidencia de niveles hidroaéreos[39] además se refirió que había cursado hiponatremia[40] y que actualmente estaba corregida.

45. El 26 de febrero del 2019 a las 09:30 horas, V1 fue valorada por AR9 quien reportó datos de oclusión intestinal con mejoría clínica. Al respecto la Opinión Médica advirtió que dicho médico no señaló los datos clínicos que presumían esa mejoría, ya que en los registros de enfermería de las fechas 25 y 26 de febrero de 2019 se observó a V1 con tendencia a hipotensión, adelgazada, pálida, con desequilibrio nutricional; V1 cursaba en ese momento su quinto día de hospitalización, por lo que AR9 no realizó una valoración del estado nutricional de la paciente, ni tampoco solicitó una valoración integral especializada para brindarle tratamiento nutricional oportuno lo que trascendió a la salud de V1.

46. En nota médica sin fecha ni hora, personal del servicio de Cirugía General del HGZ 1A diagnosticó a V1 con oclusión intestinal alta e indicó que ameritaba intervención quirúrgica urgente. El 27 de febrero del mismo año a las 09:40 horas AR10, médica adscrita al servicio de Cirugía General HGZ 1A, reportó a V1 en su quinto día de oclusión intestinal sin resolución de manejo médico. De acuerdo con la Opinión Médica fue hasta este momento que el estado nutricional de V1 fue valorado al presentar una serie de factores de riesgo[41]tanto prehospitalarios como intrahospitalarios, en ese sentido V1 fue intervenida quirúrgicamente el 01 de marzo del 2019.

---

[39] Evidencia de densidad aérea y densidad líquida en el seno paranasal.
[40] Se produce cuando la concentración de sodio en la sangre es anormalmente baja.
[41] Que pueden ser ocasionados por la enfermedad, el tratamiento y las complicaciones de ambos.

47. De acuerdo con el resumen médico de fecha 09 de marzo de 2019, en dicha intervención se tuvieron como hallazgo conglomerado de asas intestinales fijas por adherencias al sitio de enterotomía previa, colon con coproestasis severa;[42] se señaló que se realizó adhesiolisis[43] y apendicetomía incidental[44] al encontrar múltiples fecalitos[45] en su interior. El 02 de marzo de 2019 AR10 reportó a V1 con TA 90/60[46] que son cifras tendientes a la hipotensión, así como FR de 30 por minuto.[47]

48. El 03 de marzo del mismo año sin que en la nota respectiva se refiera la hora, PSP8 reportó a V1 con signos vitales dentro de los parámetros normales, se indicó realizar ejercicios vesicales para el retiro de la sonda Foley e inicio de dieta blanda cambiando antibiótico intravenoso por antibiótico vía oral, sin que se refirieran los motivos del cambio. El 04 del mismo mes PSP8 refirió 2 episodios de vomito de contenido alimentario; el 06 de marzo del mismo año AR10 reportó a V1 con 2 episodios de vomito asociados a la ingesta de sólidos y la solicitud de interconsulta al servicio de Psiquiatría indicando dieta líquida. De acuerdo con la Opinión Médica la doctora no estableció un análisis médico de dicha sintomatología que guiara hacia la necesidad de solicitar la interconsulta señalada.

[42] Se refiere a la acumulación o retención prolongada de materia fecal en el colon o el recto.
[43] Procedimiento mínimamente invasivo que disuelve o disminuye completamente la inflamación resultante de una adherencia.
[44] Consiste en la resección del apéndice cecal supuestamente sano durante una intervención que se realiza para la corrección de una afección que no involucre dicho órgano.
[45] Concreción de material de las heces, a veces incluso con calcificación.
[46] Presión arterial.
[47] Frecuencia respiratoria.

49. El 08 de marzo de 2019 sin que se refiera la hora, V1 persistía con la intolerancia a la vía oral a alimentos sólidos a lo que se indicó dieta polimérica,[48] fluidoterapia intravenosa con oligoelementos,[49] vitamina C y multivitamínico. En el mismo día sin que se refiera la hora PSP9 realizó a V1 una endoscopia[50] con apertura diafragmática tipo II de Hill[51] teniendo por hallazgos gastropatía[52] erosiva severa de cuerpo y fondo, y gastropatía inespecífica de antro, reflujo duodenogástrico,[53] sin datos de obstrucción a ese nivel.

50. El 08 de marzo de 2019, V1 fue valorada por AR11, médico adscrito al servicio de Cirugía General HGZ 1A, quien señaló que V1 había tenido una bezoar de 500 gr por tricomanía[54] sin embargo de acuerdo con la Opinión Médica no hay evidencia en el expediente clínico que permita establecer que V1 presentaba un trastorno crónico, además que dicha afirmación por parte de AR11 contradice lo descrito en la nota quirúrgica respectiva que mencionó el hallazgo de 500 ml de material fecaloide y bezoarios fibrosos.

---

[48] Suplemento nutricional que se utiliza en la nutrición enteral y contiene carbohidratos, proteínas y grasas en su forma compleja, es decir, como macromoléculas.
[49] Sustancias minerales presentes en cantidades muy pequeñas en el cuerpo humano (menos de 1 mg/kg de peso corporal).
[50] Procedimiento que permite que el médico vea el interior de su cuerpo.
[51] El pliegue es menor y durante la inspiración se forma un espacio entre el endoscopio y este pliegue.
[52] Erosión de la mucosa gástrica causada por daño de las defensas de la mucosa.
[53] Entidad clínica que consiste en la regurgitación del contenido duodenal hacia el estómago, pudiendo llegar hasta el esófago mezclado con contenido gástrico, denominándose “reflujo duodenogastroesofágico”.
[54] Trastorno psicológico relacionado con el control de los impulsos, que lleva a quien lo sufre a arrancarse el pelo.

51. El 09 de marzo de 2019 AR10 reportó a V1 con Hb 11,[55] Hto 33,[56] Leu 3.6,[57] urea 35,[58] crea 0.37,[59] albumina 1.7,[60] estableciendo como plan dieta polimérica, pendiente perfil nutricional, realizar transito intestinal con contraste hidrosoluble[61] e interconsulta con psiquiatría. Al respecto la Opinión Médica señaló que se omitió establecer que V1 cursaba con anemia, hipoproteinemia,[62] hipoalbuminemia,[63] así como un diagnóstico de las causas probables y brindar tratamiento adecuado.

52. El 10 de marzo de 2019 sin que se determine la hora AR13, médico adscrito al servicio de Cirugía General de la UMF 19, reportó a V1 con FC 57x 7, vómitos por varias ocasiones. A las 18:30 horas del mismo día AR12, médica adscrita al servicio de Cirugía General del HGZ 1A, reportó a V1 con vomito gastrointestinal durante el baño, lipotimia[64] con pérdida del estado de alerta por unos segundos, con TA 80/40 mmHg. FC: 70x, FR: 22x, con palidez de piel y tegumentos, con evolución tórpida, con oclusión intestinal desconociendo a que nivel, ameritando TAC[65] de abdomen misma que se realizaría al siguiente día. AR12 refirió que comentó con los familiares

[55] Hemoglobina. El rango normal de hemoglobina varía generalmente de 13,2 a 16,6 gramos (g) de hemoglobina por decilitro (dL) de sangre en los hombres y de 11,6 a 15 gramos por decilitro en las mujeres.
[56] El valor del hematocrito podría expresarse como un porcentaje de glóbulos rojos en un volumen de sangre.
[57] Leucocitos.
[58] Sustancia que se forma por la descomposición de proteína en el hígado.
[59] La creatinina es un producto de desecho generado por los músculos como parte de la actividad diaria.
[60] Proteína producida por el hígado que ayuda a mantener el líquido sin que se filtre de los vasos sanguíneos a otros tejidos.
[61] Tratamiento de las obstrucciones intestinales por adherencias.
[62] Afección en la que el nivel total de proteínas séricas está por debajo del nivel normal.
[63] Condición en la que la tasa de albúmina en sangre (albúmina sérica) es inferior a los valores normales.
[64] Caracterizado por varios síntomas que suelen percibirse como la sensación de un inminente desmayo, que no necesariamente se produce.
[65] Tomografía computarizada.

de V1 que probablemente sería necesaria una exploración quirúrgica posterior a un estudio de imagen para conocer en que porción se encontraba la obstrucción.

53. Es importante señalar, con relación a la considerable perdida de peso que V1 presento en fecha del 15 de febrero de 2019, que la Opinión Médica advirtió que dicha situación requería de un protocolo de estudio para poder emitir un diagnóstico y brindar un tratamiento oportuno, lo que en el presente caso no se realizó, en ese sentido, se omitió realizar a V1 una anamnesis detallada, una exploración completa dirigida por aparatos, así como una valoración de los factores de riesgo que presento V1 para el desarrollo de obstrucción intestinal, entre los cuales destaca que fue intervenida quirúrgicamente mediante LAPE, al ser las adherencias abdominales postquirúrgicas las lesiones del intestino delgado más habituales. Lo anterior sumado a la persistencia de la sintomatología postquirúrgica de 2 meses de evolución, hacían necesario que V1 fuera enviada al segundo nivel de atención lo cual fue omitido por las autoridades responsables señaladas.

54. El 11 de marzo de 2019 sin asentarse la hora, AR12 reportó a V1 con TA 90/60, FC 52x, sin tolerancia a dieta polimérica, vómitos por varias ocasiones, signos vitales dentro de los parámetros normales y estableciendo como plan dieta polimérica. Al respecto la Opinión Médica señaló que AR12 de forma inadecuada reportó signos dentro de parámetros normales, al haber datos de bradicardia (FC 52x), asimismo, que para este día continuaba pendiente su valoración y perfil nutricional sin que se advirtiera que esa situación se considerara como urgente, factor que retraso su tratamiento lo que tuvo implicaciones severas en su salud e integridad.

55. El 11 de marzo de 2019 a las 22:40 horas, PSP10 reportó a V1 con evolución tórpida, con tránsito intestinal programado para ese día que no se realizó por intolerancia, bezoar a nivel de zona ileocecal, realizando enterotomía y extracción de bezoar; refirió que la posibilidad de una estenosis[66] intestinal con los cuadros intermitentes oclusivos era muy alta y que en ese momento V1 no era candidata a cirugía si se tomaba en consideración su estado nutricional; indicó colocar el catéter central para iniciar NTP,[67] TAC, además de colonoscopia, así como su envío al día siguiente al CMN SXXI para la realización del TAC.

56. El 12 de marzo de 2019 a las 03:30 horas, PSP11 reportó de V1 la colocación de catéter venoso central y de subclavía,[68] técnica Seldinger[69] y solicita Rayos X de tórax. En el mismo día en hora no especificada, AR10 y AR12 reportaron a V1 con FC 63x, FR 18x permaneciendo con SNG, sin episodios de vomito e indicaron como plan colocación de catéter venoso central para programación de NTP,[70] refiriendo el TAC de abdomen pendiente. A las 07:43 horas del mismo día se reportó la tomografía de abdomen sugestivo de edema de tejidos blancos superficiales,

[66] Obstrucción parcial que tiene como resultado el estrechamiento de la abertura (lumen) del intestino.
[67] Nutrición parenteral.
[68] Las arterias subclavias son un par de arterias de gran tamaño que se ubican en el tórax e irrigan al mismo, así como a la cabeza, el cuello, los hombros y los brazos.
[69] Procedimiento médico mínimamente invasivo que se utiliza para obtener acceso seguro a los vasos sanguíneos y otras estructuras huecas internas.
[70] La nutrición parenteral total (NPT) es un método de alimentación que rodea el tracto gastrointestinal. Se suministra a través de una vena, una fórmula especial que proporciona la mayoría de los nutrientes que el cuerpo necesita.

derrame pleural bilateral,[71] atelectasias bilaterales,[72] esteatosis hepática[73] de tipo segmentario y liquido libre en cavidad abdominal pélvica.

57. El 13 de marzo de 2019 sin señalar la hora, AR12 reportó a V1 sin episodios de vomito, con catéter central venoso permeable, con NTP, SNG con gasto de 220 cc/24 horas; se reportan resultados del TAC simple de abdomen con hallazgos de edema de tejidos blandos superficiales,[74] derrame pleural bilateral, atelectasias bilaterales, esteatosis hepática, sin datos de oclusión, indicando solicitar valoración por Gastroenterología para descartar trastornos de motilidad. Al respecto la Opinión Médica advirtió que AR10 y AR12 omitieron realizar un analisis respecto a los hallazgos a nivel pulmonar y hepático que se reportaron en la tomografía. De acuerdo con la Opinión Médica, si bien se analizaron en el expediente clínico hojas de calculo de nutrición parenteral, no hay constancia de notas médicas realizadas por el servicio de Nutrición sobre el estado nutricional de V1 y el plan a seguir por lo que no fue posible establecer si el plan nutricional fue adecuado.

58. Dicha Opinión advirtió que en el expediente clínico constan resultados de laboratorio de fecha 10 de marzo de 2019, sin que exista constancia de que el personal médico que trato en esas fechas a V1 en el HGZ 1A haya reportado los resultados de aquellos y se realizara el analisis respectivo, por ello dicho personal médico en las fechas del 10 al 14 de marzo omitió establecer que la paciente presentó urea 37, que es alta, creatinina 0.41, que es baja, amilasa 12, que es baja,

[71] Acumulaciones de líquido dentro del espacio pleural.
[72] Colapso completo o parcial del pulmón entero o de una parte (lóbulo) del pulmón.
[73] Se asocia al síndrome metabólico, que agrupa una serie de trastornos que se presentan al mismo tiempo y aumentan el riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular y diabetes tipo 2.
[74] Los edemas son un signo que aparece en muchas enfermedades y se manifiesta como una hinchazón de los tejidos blandos debida a la acumulación de líquido en el compartimento intersticial.

cloro 113.4, que es alto, K 2.9, que es bajo, proteínas totales 3.5, que son bajas y albúmina 1.6, que es baja, por ello, de forma inadecuada se omitió establecer un diagnóstico de desequilibrio hidroelectrolítico a expensas de hipercloremia[75] e hipokalemia severa, asimismo, para el inicio de la nutrición parenteral se recomienda en primera instancia, corregir las anomalías hidroelectrolíticas para prevenir un síndrome de realimentación (SRA),[76] V1 además presentó hipoproteinemia[77] y una disminución de creatinina,[78] afecciones las cuales no fueron advertidas, analizadas ni tratadas y que incrementaron el riesgo de morbilidad y mortalidad de V1.

59. El 15 de marzo de 2019 sin hora determinada, AR13 reportó a V1 con SNG, estudios de laboratorio de fecha 14 de marzo del mismo año con Hb 8.8 (baja), Hto 26.2 (baja), Leu 4.2 (bajo), Crea 0.29 (baja), K 2.7 (bajo), proteínas totales 4.1 (bajo), albumina 2.6 (baja) y estableció plan de nutrición parenteral y observación. Con dichos datos, en la Opinión Médica se señaló que V1 continuaba con alteraciones hidroelectrolíticas, hipokalemia severa, concentración de proteínas, creatinina sérica baja, hemoglobina de 8.8 baja en relación con la lectura del 08 de marzo que era de 11; datos relacionados con las alteraciones nutricionales que V1 curso y respecto de las cuales no se implemento ninguna acción de atención, omitiéndose bridar un tratamiento adecuado y oportuno a V1.

---

[75] Nivel elevado de cloruro en la sangre.
[76] Constituye una entidad potencialmente fatal que describe a un grupo de alteraciones clínicas y metabólicas que pueden ocurrir al inicio de la rehabilitación nutricional en pacientes desnutridos o que han permanecido en ayuno prolongado.
[77] Afección en la que el nivel total de proteínas séricas está por debajo del nivel normal.
[78] Las cifras de creatinina habitualmente se valoran en términos de función renal, sin embargo, estas informan tambien sobre situación de la masa muscular (MM). La cuantificación de la MM es esencial en el enfoque de entidades tan prevalentes como la malnutrición. La creatinina sérica baja esta asociada a mal pronóstico en términos de morbilidad y mortalidad.

60. El 15 de marzo a las 17:10 horas AR14, médico adscrito al servicio de Psiquiatría del HGZ 1A, indicó que el subdirector médico del HGZ 1A le solicitó de manera verbal interconsulta; que la hermana de V1 le refirió que "sus médicos tratantes les comentan que dormida se come el cabello". Reportó a V1 señalando que en la sensopercepción[79] negó presencia de alucinaciones, funciones mentales de integración superior como síntesis, calculo y abstracción sin alteraciones, en espera de gammagrafía esófago-gastro-duodenal[80] e interconsulta Gastroenterología. La Opinión Médica resalta que en las notas médicas de las fechas 6, 8 y 9 de marzo, se estableció como plan de tratamiento a V1 interconsulta del servicio de psiquiatría, lo anterior sin establecer las razones.

61. El 16 de marzo de 2019 sin señalar hora, AR13 encontró a V1 sin nuevos episodios de vómito, buen estado general, SNG, al momento NTP al 55%. El 17 de marzo de 2019 sin hora señalada, AR12 reportó a V1 en buen estado general, SNG, al momento NTP al 55%, señalando plan NTP al 100% y observación, en espera de interconsultas de Gastroenterología y Neurología; al respecto la Opinión Médica remarco que en el expediente clínico no hay constancias de que la valoración por Neurología se haya realizado.

62. El 18 de marzo de 2019 sin señalar hora, AR12 reportó de V1 dos vómitos por la noche después de un episodio de tos, en espera de fecha para gammagrafía e interconsulta Gastroenterología. De acuerdo con la Opinión Médica dicha médica omitió señalar en la nota respectiva semiología respiratoria[81] como complemento a

[79] Proceso que permite la captación de los estímulos físicos y su interpretación vía la actividad cerebral.
[80] Se usa para diagnosticar enfermedades de la garganta, el esófago, el estómago y la primera parte del intestino delgado.
[81] Integran los diversos signos clínicos, para determinar la intensidad de afectación de la patología respiratoria.

la sintomatología de la paciente, haciendo énfasis en que ya se contaba con una tomografía que reporto derrame pleural bilateral y atelectasias; no se realizó un analisis del síntoma de la tos y no se estableció un diagnóstico que permitiera elaborar un plan terapéutico adecuado.

63. El 19 de marzo de 2019 sin referir hora, AR12 encontró a V1 con tres vómitos por la noche tras episodios de tos, reportó tránsito intestinal realizado ese día con resultados de disminución del diámetro de la cuarta porción del duodeno[82] con paso del contraste de forma filiforme a través de cuarta porción del duodeno. V1 persistió con episodios de tos y de vómito sin que se cambiara su manejo por lo que tampoco en ese momento se le prestó atención adecuada, asimismo se indicó nuevamente solicitar interconsulta a Neurología para descartar epilepsia abdominal sin que exista constancia de solicitud por escrito a dicho servició o que la misma se haya realizado.

64. El 20 de marzo de 2019 sin referir hora, AR12 encontró a V1 sin episodios de vómito y fiebre en picos de 38, de los registros clínicos de enfermería de esa fecha se observó peso de 45 Kg, tensión arterial de 80/50 y saturación de 90%. En la Opinión Médica se señaló que AR12 no refirió el análisis sobre el inicio de la fiebre, así también omitió un diagnóstico probable y un plan oportuno sobre el dato de saturación de oxígeno; hizo referencia a la solicitud de estudios complementarios, pero no hay constancia en el expediente de que se hayan realizado.

65. El 20 de marzo de 2019 PSP12, médico adscrito al servicio de Gastroenterología realizó interconsulta solicitada y reportó resultados de TAC en los que encontró

[82] Parte del intestino delgado que está comprendida entre el final del estómago y el yeyuno.

dilatación de asas, desde yeyuno[83] hasta íleon,[84] tránsito intestinal con interrupción del paso de medio contraste en la porción del duodeno y no se observa paso al yeyuno por lo que consideró que V1 cursaba con oclusión intestinal al nivel de la porción distal[85] de la cuarta porción del duodeno por lo que recomendó la posibilidad de LAPE.

66. El 21 de marzo de 2019 sin hora referida, AR12 reportó a V1 con signos vitales dentro de parámetros normales; de los registros de enfermería de la misma fecha se señalaron 45 kg, pico febril, palidez y tegumentos, deshidratada, desnutrición, deterioro de la movilidad, alteración en la termorregulación.

67. El 21 de marzo de 2019 en nota inicial de admisión continua se asentó que: PSP13 Gastroenterólogo del CMN SXXI, recibió a V1 para revisión por el servicio de Gastroenterología con el diagnóstico de estenosis de cuarta porción de duodeno[86] y la envió a observación admisión continua. En la misma fecha PSP14, Gastroenterólogo del CMN SXXI, reportó a V1 con K 2.8, Mg 1.8, hipokalemia moderada, hipomagnesemia, anemia severa, sin datos de síndrome anémico y trombocitopenia,[87] elevación leve de bilirrubina[88] a expensas de directa, por lo que sugirió abordar como probable cuadro previo de pancreatitis aguda[89] lo cual

[83] Parte del intestino delgado que está comprendida entre el duodeno y el íleon.
[84] Parte del intestino delgado que está comprendida entre el yeyuno y el principio del intestino grueso.
[85] Parte del cuerpo que está más lejos del centro del cuerpo que otra parte
[86] Afección en la cual la primera parte del intestino delgado (el duodeno) no se ha desarrollado adecuadamente. No está abierto y no permite el paso de los contenidos del estómago.
[87] Afección que aparece cuando el recuento de plaquetas de la sangre es demasiado bajo.
[88] Pigmento amarillento que se produce durante la descomposición de los glóbulos rojos y que pasa a través del hígado y, finalmente, se expulsa del cuerpo.
[89] Es una hinchazón e inflamación súbita del páncreas.

ocasiono íleo inespecífico, en ese momento sin datos de patología quirúrgica que ameritara manejo en tercer nivel decidiendo su egreso.

68. El 22 de marzo de 2019, V1 presento epistaxis activa de 8 horas de evolución,[90] por lo que se manejo con taponamiento anterior y se solicitó interconsulta al servicio de Otorrinolaringología, sin que obre evidencia de que se haya realizado. El 23 de marzo V1 fue atendida por AR10 quien omitió establecer medidas terapéuticas para corregir las alteraciones reportadas por las pruebas complementarias que se le realizaron en Gastroenterología en el CMN SXXI, así como las realizadas en días previos, tampoco se estudio el cuadro de epistaxis que V1 presentó ni se indicó el tratamiento correspondiente.

69. El 24 de marzo de 2019 sin referirse la hora, AR10 reportó a V1 con signos vitales dentro de los parámetros normales y resultados de laboratorio con urea 21, Bil tot 1.66, Bil dir 0.86, Bil ind 0.80. En el mismo día a las 18:30 horas AR12 reportó a V1 con vómito continuo y solicitó hemocultivos[91] durante el pico febril; de los registros clínicos de enfermería de ese mismo día se advirtió a V1 con tendencia a taquicardia por frecuencia cardiaca con máximas de 160x y desnutrición. En la Opinión Médica se advirtió que AR10 señaló datos de elevación de bilirrubinas totales, enzimas hepáticas elevadas, hipokalemia e hiponatremia, trombocitopenia y hemoglobina baja, asimismo, V1 presento desnutrición que es un factor de riesgo para el desarrollo de cuadros infecciosos, incluso sepsis, sin que se establecieran medidas de tratamiento.

[90] Hemorragia aguda de los orificios nasales, cavidad nasal o nasofaringe.
[91] Es un examen de laboratorio para verificar si hay bacterias u otros microbios en una muestra de sangre.

70. El 25 de marzo de 2019 sin referir la hora, AR10 reportó a V1 con picos febriles hasta 38.5°c, NTP al 100%; indicó hemocultivo de pico febril y señaló que enfermería no le notifico la ausencia de existencia de tratamiento antibiótico, sino que le notifico tres días después. El registro clínico de enfermería de ese día indicó peso de 45 kg, tendencia a taquicardia con máximas de 146x, 2 picos febriles de 39.4°c, saturación de oxígeno de 90 y 93%. Por lo señalado, la Opinión Médica advirtió que pese a su condición clínica se tuvo a V1 sin tratamiento antibiótico por tres días de forma inadecuada, sumado a que presentaba saturación de oxígeno.

71. El 26 de marzo de 2019 sin referir hora, AR10 reportó a V1 con picos febriles hasta los 38.5, toma de hemocultivos, campos pulmonares bien ventilados. De los registros clínicos de enfermería de la misma fecha se advierte tendencia a taquicardia con máximas de 132x. El 27 de marzo del mismo año sin hora especificada AR10 reportó a V1 con campos pulmonares bien ventilados, con NTP al 100%. Los registros clínicos de enfermería respectivos señalaron tensión arterial de 80/50 de 08:00 a las 22:00 horas, taquicardia con máximas de 130x.

72. El 28 de marzo de 2019 sin referir la hora, AR10 reportó que se habían completado todos los requisitos solicitados por el CMN SXXI para la realización de una enteroscopía en ese mismo día; Centro Médico que no la admitió para su estudio por derrame pleural evidenciado desde el 12 de marzo por radiografía de tórax, motivo por el que se solicitó TAC de tórax y admisión a terapia intensiva. AR10 refirió que el TAC reportó edema pulmonar vs neumonía de focos múltiples. La Opinión Médica resaltó que pese a que desde el 12 de marzo se tenían datos de derrame pleural V1 no había recibido tratamiento médico.

73. El 28 de marzo de 2019 a las 14:30 horas, PSP15 reportó a V1 con habito caquéctico,[92] disminución de murmullo vesicular[93] en ambos hemitórax, extremidades con atrofia delgadas, edema,[94] picos febriles y tos, además de nuevos infiltrados en radiografía, refiriendo que por ello podía diagnosticar una neumonía intrahospitalaria,[95] indicando inicio de ventilación mecánica no invasiva.[96] En la misma fecha a las 20:00 horas PSP16 integró los diagnósticos de choque séptico de foco pulmonar, insuficiencia respiratoria aguda tipo 1,[97] neumonía nosocomial grave, disfunción hepática,[98] desnutrición, sarcopenia,[99] anemia normocítica normocrómica,[100] ulcera sacra grado 1,[101] estenosis de la cuarta porción del duodeno; refirió que se realizó intubación orotraqueal e inició ventilación mecánica en parámetros de protección alveolar, reanimación hídrica con solución balanceada

[92] El síndrome caquéctico está relacionado con un deterioro funcional del paciente que caracteriza a muchas patologías entre las que se incluyen el cáncer.
[93] Son pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones.
[94] Hinchazón causada por la acumulación excesiva de líquidos dentro del cuerpo.
[95] La neumonía intrahospitalaria incluye a la neumonía que no se estaba incubando en el momento del ingreso hospitalario y que se desarrolla al menos 48 horas después del ingreso hospitalario en pacientes no conectados a ventilación mecánica.
[96] Ayuda artificial a la respiración que introduce gas en la vía aérea del paciente por medio de un sistema mecánico externo
[97] La insuficiencia respiratoria hipóxica (insuficiencia respiratoria tipo 1) es hipoxia sin hipercapnia y con una presión parcial arterial de oxígeno (PaO_2) <8kPa (60 mmHg) en aire ambiente al nivel del mar.
[98] Causada por un trastorno o una sustancia que daña el hígado.
[99] Afección que se caracteriza por la pérdida de masa, fuerza y funcionamiento de los músculos en los adultos mayores.
[100] En este tipo de anemias, los valores de los índices eritrocitarios son normales, el tamaño y color son normales, pero la cantidad de *Hb* esta baja. La HCM es igual a 28-32 y el VCM es igual a 82-92.
[101] Es una necrosis de la piel y el tejido subcutáneo de una zona sometida a presión entre dos planos duros, los huesos del paciente y el soporte (cama o silla), que provoca una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes a esa zona, por el aplastamiento de los vasos sanguíneos que se produce.

e inició norepinefrina[102] para lograr PAM[103] perfusorias;[104] asimismo, reportó a V1 con hiperbilirrubinemia,[105] con cobertura antiinfecciosa amplia por alto riesgo de microorganismos nosocomiales, grave, fácilmente complicable, mortalidad predicha del 20%.

74. El 29 de marzo de 2019 a las 06:30 horas, PSP17 reportó a V1 con ulcera sacro cubierta, evolución insidiosa e inestable. En la misma fecha a las 19:15 horas PSP18 reportó a V1 con datos de estenosis duodenal con cultivos pendientes y datos de pbe,[106] realimentación,[107] que son datos de alteraciones electrolíticas, estado de desnutrición y presión venosa central elevada, señalando como plan inicio de esquema de nutrición parenteral para paciente desnutrido con daño hepático. En la misma fecha sin hora referida AR10 reportó a V1 con apoyo mecánico ventilatorio con saturación de oximetría de 92%, bajo sedación, con manejo para sepsis pulmonar.

75. En la misma fecha a las 13:06 horas se reportaron los resultados de TAC de abdomen que mostro ambos pulmones con perdida de su densidad habitual, derrame pleural bilateral con atelectasia pasiva.[108] El 30 de marzo de 2019 sin hora

[102] Es una catecolamina que estimula receptores adrenérgicos alfa1 y, levemente, receptores adrenérgicos beta1, sin efecto beta2.
[103] Presión arterial media.
[104] Acción que consiste en hacer que un líquido ingrese de manera lenta, pero sostenida, en el organismo.
[105] La hiperbilirrubinemia o ictericia es la principal manifestación de colestasis asociada a sepsis y es encontrada en pacientes en estado crítico, generalmente en cuidados intensivos (UCI) hasta en un 40%.
[106] La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una complicación frecuente y grave de los pacientes con cirrosis y ascitis.
[107] Trastorno hidroelectrolítico severo, que se genera tras la suplementación alimentaria en pacientes con importante deprivación nutricional de base.
[108] En la cual, la lesión impide la expansión del pulmón se halla en la pleura, por ocupación de esta, tanto por derrame como por neumotórax.

señalada AR10 valoró los resultados del TAC referido y describió que sugería bronconeumonía, derrame pleural bilateral con atelectasia, por ello se solicitaron marcadores tumorales los cuales aparentemente se tendrían el 2 de abril de ese año.

76. En la misma fecha a las 00:30 horas PSP19, médica adscrita a la UCI, reportó a V1 con síndrome de disfunción orgánica múltiple, choque séptico de origen pulmonar, esteatosis hepática multifactorial, gastritis erosiva severa, sarcopenia, desnutrición grado II, anemia normocítica normocrómatica grado III, insuficiencia cutánea aguda, ulcera sacra grado I, coagulopatía por sepsis y desnutrición, alto riesgo tromboembólico, estableciendo ajuste NTP, estrategia para disminuir acentuación de daño hepático; se indicó que se resolverían disfunciones orgánicas que ponían en riesgo la vida de V1.

77. El 30 de marzo de 2019 a las 13:30 horas PSP20, Médico adscrito a la UCI del HGZ 1A reportó a V1 con mejoría respecto a radiografía de ingreso, con Hb de 9.3, continuando con tromboprofilaxis,[109] presentando una adecuada evolución clínica y radiológica. El 31 de marzo, PSP15 reportó que suspendió la sedación de V1 e inicio ansiolisis para eventual retiro de ventilación mecánica. A las 19:50 horas del mismo día PSP18 reportó a V1 con alteraciones electrolíticas inespecíficas, NTP al 60%, riesgo nutricio alto, riesgo de realimentación elevado, datos de desnutrición crónica, BT 2.43, BD 1.41 con hepatomegalia[110] y vías hemáticas de tamaño normal con indicativo de hepatopatía por NTP.

[109] La prevención de la trombosis, es decir, la aplicación de métodos que pueden ser mecánicos o farmacológicos, tendentes a evitar la formación de coágulos.
[110] Hígado más grande de lo normal.

78. A las 23:50 horas del mismo día PSP19 reportó a V1 valoró tolerancia y progresión de la ventilación, con hiperbilirrubinemia iniciando con ursofalk, alto riesgo tromboembólico, tromboprofilaxis mecánica. El 01 de abril de 2019 a las 11:00 horas se reportó retiro de SNG, con NTP al 60%, con evolución tendiente a la mejora, refiriendo que si la condición de V1 lo permitía se valoraría enteroscopia para determinar etiología de la obstrucción de duodeno, así como valoración de su estado nutricional actual.

79. En la misma fecha a las 18:55 horas, PSP21 médico adscrito a la UCI señaló retiro de la ventilación mecánica por más de 12 horas, siendo tolerada, sin datos de insuficiencia respiratoria. El 02 de abril a las 14:00 horas AR10 indicó inicio de preparación para colonoscopia. A las 18:24 horas PSP22 reportó que V1 no contaba con ayuno completo además de no tener preparación colónica, recomendando reprogramar al no contar con ayuno completo.

80. En la misma fecha a las 18:30 horas del mismo día PSP23 indicó que el subdirector médico del HGZ 1A le había solicitado verbalmente se llevará a cabo la colonoscopia, pero no se había realizado la preparación intestinal por presencia de vomito secundario a estenosis duodenal, sugiriendo ayuno de 8 horas. A las 19:25 horas, PSP17 reportó a V1 tolerando retiro de la ventilación mecánica[111] por más de 30 horas, se solicitó colonoscopia, y dado que los eventos nosológicos de choque séptico de origen pulmonar, falla respiratoria aguda y neumonía tardía se habían resuelto, debía egresar de la UCI y como medida preventiva de sobre colonización, ya que se consideraba paciente inmunocomprometida.

[111] Extubación.

81. El 03 de abril a las 02:50 horas, PSP17 reportó a V1 tolerando la extubación por mas de 36 horas, en ayuno desde las 14 horas para realizar colonoscopia. A las 12:54 horas PSP20 reportó resultados del cultivo con expectoración con desarrollo de *serratia marcescens*, estableciendo tratamiento antibiótico. A las 18:00 horas AR10 reportó que se realizo colonoscopia en la que se advirtió abundante materia fecal en colon que dificultó visibilidad por lo que se dio por terminado el estudio y se reprogramó al siguiente día.

82. El mismo día a las 22:50 horas PSP24 reportó a V1 con colocación de SNG, con infusión de colonoscopia, presentando dos evacuaciones desde inicio de infusión, refirió dolor a nivel de nasofaringe e indicó que se le hizo una reposición de potasio, por lo que se solicitaron electrolitos de control. El 04 de abril de 2019 a las 16:18 horas PSP21 reportó hallazgos de colonoscopia, aspecto empedrado en íleon terminal, más alteraciones rectales por lo que se recomienda descartar CUCI.[112] A las 23:30 horas PSP17 reportó a V1 con evolución satisfactoria a descartar enfermedad Ulcerativa por lo que se enviaron biopsias a histopatológico.

83. El 05 de abril de 2019 V1 egreso de la UCI del HGZ 1A señalándose en la nota médica con complicaciones post laparotomía en diciembre de 2018, encontrándose adherencias fijas al sitió de enterotomía, agregándose como complicación la desnutrición y factor de riesgo agregando a estancia intrahospitalaria prologada, desarrollando neumonía hospitalaria como motivo de ingreso a esa Unidad, recomendando seguir en estudio su patología abdominal por parte del servicio de Cirugía General. V1 continuo con su tratamiento a cargo del servicio de Cirugía General posterior a su egreso de la UCI hasta el 10 de abril de 2019, fecha en la

[112] Colitis ulcerosa crónica inespecífica.

que acudió a estudio de enterostomía en el CMN SXXI donde fue ingresada ese mismo día, por lo que ya no regreso al HGZ 1A.

84. Desde el ingreso al servicio de Cirugía General del HGZ 1A, del 01 de marzo al 07 de marzo de 2019, AR10 omitió realizar un analisis sobre los factores de riesgo que presentaba V1 para desarrollar desnutrición clínica, ya que posterior a la intervención quirúrgica había persistido con intolerancia a la vía oral sin que se estableciera una valoración clínica y bioquímica de su estado nutricional, y considerando su peso de 15 Kg, en ningún momento se solicitaron pruebas complementarias ni medidas de soporte nutricional. Aunado a lo anterior, desde el 25 de febrero al 07 de marzo de 2019, el personal médico del HGZ 1A, de forma inadecuada omitió solicitar estudios de laboratorio que permitieran detectar alteraciones hidroeléctricas, alteraciones en el pH, así como tampoco se realizaron rayos X de abdomen ante la persistencia de la intolerancia a la vía oral de V1.

85. En ese orden de ideas, la Opinión Médica concluyó: que la atención médica brindada por AR12, AR13 y AR14 a V1 en las fechas del 14 al 21 de marzo, fue inadecuada porque dicho personal médico omitió realizar un análisis de la sintomatología de V1 como de los estudios realizados, sin que se estableciera un diagnóstico adecuado sobre las alteraciones que V1 presentó y por consiguiente no se otorgó un tratamiento que atendiera la grave desnutrición que V1 sufrió.

86. Así también, de acuerdo con la Opinión Médica, a pesar de las lecturas señaladas de bilirrubinas totales, enzimas hepáticas elevadas, hipokalemia e hiponatremia, trombocitopenia y hemoglobina baja, taquicardia y desnutrición, V1 fue tratada con el mismo manejo módico de forma reiterada, sin que se solicitaran nuevas pruebas complementarias a pesar de su tórpida evolución, la persistencia

de la sintomatología y las alteraciones hidroelectrolíticas que V1 presentó durante toda su estancia hospitalaria del día 21 al 26 de marzo, siendo que el servicio de Cirugía General omitió bridarle un tratamiento adecuado, afectando de forma grave su salud.

87. Por las consideraciones expuestas, esta CNDH tiene por acreditadas las violaciones al derecho a la protección de la salud de V1 al determinar que las acciones y omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR14 adscritos al HGZ 1A, AR7, AR8, y AR13, adscritos a la UMF 19, impidieron que pudiera alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental, las que además constituyeron elementos endógenos que se tradujeron en una afectación severa a la integridad de V1, asimismo, es notable que en periodos considerables señalados en párrafos precedentes, V1 no pudo acceder a una atención, diagnóstico y tratamiento adecuados[113].

B. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA VIDA

88. La vida como derecho fundamental se encuentra reconocido en el párrafo segundo del artículo 29 de la CPEUM y en las normas internacionales, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo, en el ámbito de su respectiva competencia.

89. 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 a la luz

[113] El aspecto del género es una situación difícilmente desvinculada de los obstáculos que las mujeres enfrentan al acceder a los servicios de salud del país, es por ello que el género de la paciente y su edad, al ser una persona joven y vulnerable, constituyeron factores exógenos reflejado en la afectación de su integridad, demuestra los obstáculos que las mujeres tienen que afrontar en el acceso a los servicios de salud en las instituciones públicas de salud.

de la obligación garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos y que adopte medidas positivas para preservar ese derecho; en ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado.[114]

90. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción.

91. Al respecto la CrIDH ha establecido que: “El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se

[114] SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él”.[115]

B.1 VULNERACIÓN AL DERECHO DE PROTECCIÓN A LA VIDA DE V1

92. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por el personal médico de la UMF 19 y el HGZ 1A del IMSS, también son el soporte que permitió acreditar la violación del derecho de protección de la vida de V1.

93. En la Opinión Médica se analizó que la atención médica que le fue brindada a V1, por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 en el HGZ 1A del 15 al 21 de diciembre del 2018, fue inadecuada debido a que durante su instancia omitieron realizar una valoración integral sobre las alteraciones clínicas y bioquímicas que presentó V1, puesto que no se atendieron de forma oportuna las alteraciones hidroelectrolíticas y hematológicas que se reportaron en los estudios complementarios, mismas que, debido a la persistencia de sintomatología por su patología intestinal continuaron y agravaron en cada una de sus hospitalizaciones.

94. El 22 de febrero de 2019, V1 ingresó nuevamente al servicio de Urgencias del HGZ 1A, teniendo una pérdida de peso importante sin que ello fuera tomado en consideración en las valoraciones realizadas por el personal de ese hospital, en ese sentido, dicho personal omitió brindar el cuidado necesario respecto a las alteraciones en su estado nutricional que hubiera permitido brindar una valoración integral especializada, así como un tratamiento oportuno. La Opinión Médica advirtió que pese a haberse indicado el inicio de soluciones intravenosas con

[115] Cuadernillo de Jurisprudencia de la CrIDH número 21. Derecho a la Vida, pág. 5. Disponible en https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuader nillo21.pdf

oligoelementos, vitamina C y multivitamínicos en la estancia de V1 en el HGZ 1A desde el 08 de marzo del mismo año, al 10 de marzo no se habían realizado, por lo que V1 continuó con cifras tensionales con tendencia a la hipotensión sin evidencia de recibir tratamiento pese a que era evidente su estado de desnutrición y anemia, omitiéndose proporcionar un tratamiento adecuado y oportuno.

95. Para el 11 de marzo de 2019, todavía continuaba pendiente la valoración y perfil nutricional de V1 sin que se advirtiera que esa situación fuera considerada como urgente, factor que retraso su tratamiento y que tuvo implicaciones severas en su salud e integridad. El 28 de marzo de 2019, V1 fue enviada al CMN SXXI para recibir una enteroscopía pero el personal médico de dicho Centro no la recibió para su estudio debido al derrame pleural que V1 padecía, y que había sido evidenciado desde el 12 de marzo por personal del HGZ 1A, sin que por tal afección recibiera tratamiento médico desde esa fecha, a pesar de la persistencia de su sintomatología y alteraciones a nivel respiratorio.

96. En ese orden de ideas, para el 28 y 29 de marzo de 2019 ante la persistencia de su sintomatología V1 había sido ya diagnosticada con choque séptico de foco pulmonar, insuficiencia respiratoria aguda tipo 1, neumonía nosocomial grave, disfunción hepática, desnutrición, sarcopenia, anemia normocítica normocrómica, ulcera sacra grado 1, estenosis de la cuarta porción del duodeno, datos de daño hepático pbe, realimentación, que son datos de alteraciones electrolíticas, estado de desnutrición y presión venosa central elevada; graves afectaciones a la integridad de V1 resultado de la inadecuada atención médica recibida, que incrementaron su riesgo de mortalidad.

97. El 30 de marzo de 2019, V1 era diagnosticada con síndrome de disfunción orgánica gastrointestinal, hematológica, pulmonar, hemodinámica, metabólica, choque séptico pulmonar, esteatosis hepática multifactorial, gastritis erosiva severa, sarcopenia, desnutrición grado II, anemia normocítica normocrómatica grado III, insuficiencia cutánea aguda, ulcera sacra grado I, coagulopatía por sepsis y desnutrición, alto riesgo tromboembólico, siendo ingresada a la UCI del HGZ 1A para la atención de aquellas fallas orgánicas que ponían en riesgo su vida. Para el 02 de abril de 2019 los eventos nosológicos de choque séptico de origen pulmonar, falla respiratoria aguda y neumonía tardía se habían resuelto debiendo egresar de la UCI sin embargo se le refirió como paciente inmunocomprometida.

98. Finalmente, V1 egresó del HGZ 1A el 10 de abril de 2019 sin que volviera a dicho hospital por continuar su atención en el CMN SXXI donde fue atendida y finalmente dada de alta el 09 de octubre del mismo año.

99. El 20 de marzo de 2019, V1 acudió a Urgencias del CMN SXXI por nausea, vómitos y dolor abdominal de 24 horas de evolución, dos días sin evacuar ni canalizar gases; a la exploración física fue encontrada con abdomen distendido, timpánico y doloroso, con diagnóstico probable oclusión intestinal, colocando sonda nasogástrica e iniciando tratamiento conservador. En el mismo día ingresó a Gastrocirugía donde le realizaron laparotomía exploradora, más resección de 10 cm de íleon terminal a 1cm en sitió de anastomosis por oclusión de íleon distal, cursó con evolución favorable, con último ingreso en enero de 2020 por oclusión intestinal en tratamiento conservado; en ese sentido el 29 de abril de 2019 V1 inició control durante un año en la Consulta Externa del servicio de Gastrocirugía del CMN SXXI para seguimiento de gastroparesia.

100. El 21 de marzo de 2020 a la exploración se encontró a V1 con TAC de abdomen con dilatación de asas de intestino delgado. El 24 de marzo por mejora clínica de V1 retiraron sonda nasogástrica e inició dieta líquida. El 26 de marzo se reportó a V1 con abdomen con material de contraste en ilion y coprostasís. El 28 de marzo se reportó a V1 como clínica y hemodinámicamente estable con adecuada respuesta al tratamiento, siendo egresada el mismo día.

101. El 31 de marzo de 2020 V1 acudió a Urgencias del CMN SXXI por intolerancia a la vía oral, dolor abdominal y vómitos fecaloides, siendo diagnosticada con oclusión intestinal. En el mismo día personal del servicio de Gastrocirugía la reportó con abdomen distendido, timpánico, sin peristalsis y doloroso, radiografía de abdomen con mala distribución de gas, gas en intestino delgado y ausencia de gas a nivel distal; TAC de abdomen con obstrucción a nivel íleon, medio de contraste en colon y líquido libre, refiriendo que no requería tratamiento quirúrgico de urgencia, indicando sonda nasogástrica y enema jabonoso.

102. El 01 de abril de 2020 a las 10:00 horas, se le realizó a V1 drenaje percutáneo guiado por ultrasonido con hallazgos de 610 ml de líquido en hemiabdomen[116] inferior de contenido heterogéneo. En el mismo día personal del servicio de Gastrocirugía le realizó a V1 laparotomía exploradora, resección intestinal, yeyunostomía, drenaje de colección, empaquetamiento y colocación de bolsa subaponeurotica[117], con hallazgos de abundante líquido hematopurulento en cavidad abdominal, dilatación de asas de intestino que condicionaba hernia interna, isquemia intestinal de 1.2 m, sangrado en capas de pared peritoneal, friabilidad del

[116] Cuerda o ancha cinta fibrosa que arranca de la pared, posterior de la fosa ilíaca derecha en la proximidad del final del mesenterio.
[117] Bolsa colocada abajo del tejido conectivo fibroso y denso, parecido al tendón, aplanado o extendido que conecta los músculos entre sí o con el hueso.

parénquima[118] y sangrado de 3,500 ml.; con diagnóstico postoperatorio de íleo severo, isquemia intestinal en parches de intestino delgado, coagulación intravascular diseminada, le hemotrasfundieron 7 paquetes globulares, 7 plasmas frescos congelados, una anaforesis plaquetaria y 10 crioprecipitados.

103. A las 15:50 horas del mismo día, personal de la UCI del CMN SXXI reportó a V1 sedada, dependiente de ventilación mecánica y aminas, taquicárdica, pulsos disminuidos, llenado capilar retardado, choque hipovolémico grado IV, choque séptico de origen abdominal y acidemia metabólica, con mal pronóstico a corto plazo. En la misma fecha personal del servicio de Infectología de ese hospital reportó a V1 con sepsis con microorganismos multirresistentes. A las 23:30 horas, V1 ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos de ese hospital con choque séptico de origen abdominal y choque hipovolémico grado IV, oclusión intestinal masiva, perforación intestinal, trastorno ácido base, acidemia metabólica, trastorno hidroelectrolítico, hipocalcemia, trombocitopenia y desnutrición severa; requiriendo TAC de cráneo por coagulopatía para descartar sangrado intracraneal.

104. El 02 de abril a las 06:15 horas, V1 presentó asistolia, iniciaron maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar por cinco ciclos, sin obtener retorno de la circulación espontánea, declarando hora de la defunción de V1 a las 06:25 horas.

105. Como fue descrito las afectaciones a la salud e integridad de V1 fueron el resultado de las omisiones del personal médico que la atendió en la UMF 19 y el HGZ 1A, dado que retrasaron el debido diagnóstico de las causas que generaron la

[118] Tejido implicado en una gran variedad de funciones, como la fotosíntesis, el almacenamiento, la elaboración de sustancias orgánicas y la regeneración de tejidos.

malnutrición de V1 y su desbalance hidroelectrolítico por un periodo de tiempo injustificable.

106. En ese sentido, el acuerdo de la Comisión Bipartita del IMSS refirió que V1 ingresó a los servicios prestados por ese Instituto por abdomen agudo que requirió de laparotomía exploratoria encontrando bezoares, y que posteriormente requirió de hospitalizaciones por oclusión intestinal, realizando tres cirugías más de abdomen, tal y como fue analizado por esta CNDH, añadiendo ese Instituto que V1 evoluciono tórpidamente a pesar del tratamiento instaurado hasta su fallecimiento; es decir, el primer ingreso al que se hace referencia en esta Recomendación y las subsecuentes atenciones para el tratamiento de las afecciones descritas con implicaciones a su salud e integridad están relacionadas directamente con su deceso, el cual ocurrió a pesar del tratamiento brindado, mismo que como se ha detallado, fue inadecuado.

107. Por lo anterior, esta CNDH ha acreditado que las acciones y omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR14 adscritos al HGZ 1A, AR7, AR8, y AR13, adscritos a la UMF 19 además de afectar seriamente la salud de V1, tuvieron por consecuencia su muerte.

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

108. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU en la Observación General No. 14, ha sostenido 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".[119]

109. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29, Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, destacó 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 informado para estar en condiciones de tomar una decisión concerniente acerca de su salud y conocer la verdad".[120]

110. Así mismo, 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".[121]

111. Por otra parte, se debe considerar que la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, advierte en su introducción que: "[…] todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables".

112. La misma Norma señala que las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-medico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado".

---

[119] Observación General No. 14. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. 2000. Párrafo 12. Inciso b), iv).
[120] CNDH. Recomendación General 29/2017. párrafo. 35.
[121] Ibidem, p. 27

C1. VULNERACIÓN DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD DE V1, QVI1 Y VI2

113. En el analisis del expediente clínico de V1 la Opinión Médica advirtió una nota médica con fecha del 19 de febrero de 2019, sin embargo, en su descripción hace referencia al ingreso de V1 que tuvo verificativo el día 19 de diciembre de 2018 por lo que se presumió que fue un error de fecha. Tambien en nota médica de fecha 21 de diciembre de 2018 a las 13:00 horas AR1 reportó a V1 con evacuaciones presentes, siendo uno de los motivos por los que ese médico otorgó el alta médica, situación que se contrapone con los registros de enfermería en los que se asentó que V1 no había presentado evacuaciones desde el 19 de diciembre del mismo año.

114. El 15 de marzo AR14 indicó que el subdirector del HGZ 1A le solicitó interconsulta de manera verbal, sin que en el expediente clínico se advierta alguna nota que oriente dicha solicitud, asimismo, de dicha interconsulta AR14 advirtió que no se había integrado diagnóstico de psiquiatría, en ese sentido, en las Notas Médicas de las fechas 6, 8 y 9 de marzo se estableció como plan de tratamiento a V1 interconsulta del servicio de psiquiatría sin asentar las razones para ello. La Opinión Médica señaló que la ultima nota médica de atención del HGZ 1A es la correspondiente a la atención brindada el 05 de marzo de 2019, habiendo egresado de ese hospital el 10 de abril del mismo año, luego entonces, no hay constancias de la atención brindada del 5 al 10 de abril.

115. En la integración del expediente materia de esta Recomendación pudieron documentarse múltiples omisiones en la integración del expediente clínico de V1, con motivo de la atención que se le brindo en el HGZ 1A, muchas de ellas relacionadas con la falta de señalamientos claros y específicos de los nombres del

personal médico que las elaboro, fechas y horas, lo que implicó que esta CNDH no pudiera conocer de forma integral la atención, cuidado y tratamiento que se le otorgo a V1 y la forma en que esta trascendió a su salud, integridad y vida; dichas omisiones, si bien no se relacionan directamente a las afecciones que V1 sufrió sí constituyen malas practicas que vulneran su derecho de acceso a la información en materia de salud e implica responsabilidad institucional por parte del IMSS.

V. RESPONSABILIDAD

V.1 RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

116. En términos de lo antes expuesto, se observa la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR14 adscritos al HGZ 1A, AR7, AR8, y AR13, adscritos a la UMF 19, en el desarrollo de los hechos referidos, en el desempeño de sus funciones, y en desapego a los principios de legalidad y seguridad jurídica que rigen el servicio público, así como a los Principios y Valores del Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS, que deben observar las personas servidoras públicas, al no garantizar, de acuerdo con sus propios procedimientos, el derecho humano a la protección de la salud de V1 mediante los actos y omisiones descritos en este instrumento Recomendatorio.

117. Como fue referido, esta CNDH documentó que en la atención brindada a V1 en el HGZ 1A, AR1 reportar niveles de electrólitos séricos que permitieran establecer que se habían corregido las alteraciones hidroelectrolíticas de V1 mismas que siguieron persistiendo en las hospitalizaciones subsecuentes y sin que se valorara la anemia y la taquipnea que V1 cursaba; el 17 de diciembre de 2018,

AR2 omitió realizar el diagnóstico de anemia, el analisis de sus causas y brindar en su caso, el tratamiento adecuado; el 18 de diciembre AR3 y AR4 omitieron de nueva cuenta diagnosticar de forma adecuada la anemia que V1 cursaba; El 19 de diciembre del mismo año, AR5 omitió diagnosticar las alteraciones hidroeléctricas y la anemia de que V1 presentaba; el 20 de diciembre, V1 presentó taquipnea sin que AR6 realizara un análisis respecto de las alteraciones en los signos vitales y de sus posibles causas;

118. El 26 de febrero de 2019, AR9 no realizó una valoración del estado nutricional de V1, ni tampoco solicitó una valoración integral especializada para brindarle tratamiento nutricional; el 08 de marzo del mismo año, AR11 señaló que V1 tenía una bezoar de 500 gr por tricomanía sin haber evidencia que permitiera establecer que V1 presentaba dicho trastorno; el 09 de marzo de 2019, AR10 omitió establecer que V1 cursaba con anemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, así como un diagnóstico de las causas probables y brindar tratamiento adecuado; asimismo, el 12 de marzo de 2019, en conjunto con AR12, AR10 omitieron realizar un analisis respecto a los hallazgos a nivel pulmonar y hepático que se reportaron en la tomografía, afecciones que tenían relación con el estado nutricional de V1.

119. Asimismo, en la atención brindada en la UMF 19, El 28 de diciembre del mismo año, V1 presentó IMC 16.29 bajo, peso que en el caso de pacientes hospitalizados es considerado desnutrición clínica, sin que AR7 estimara dicho dato y brindada un diagnóstico adecuado; El 23 de febrero de 2019, V1 presentó concentración de sodio en la sangre de 124.9, que son datos de por lo que hiponatremia, omitiendo AR8 establecer el diagnóstico de hiponatremia grave.

120. Finalmente, la atención médica brindada por AR12, AR13 y AR14 a V1 en las fechas del 14 al 21 de marzo, fue inadecuada porque dicho personal médico omitió realizar un análisis de la sintomatología de V1 como de los estudios realizados, sin que se estableciera un diagnóstico adecuado sobre las alteraciones que V1 presentó y por consiguiente no se otorgó un tratamiento que atendiera la grave desnutrición que V1 sufrió, lo que tuvo efectos graves en su salud y derivo en su fallecimiento. Las anteriores acciones y omisiones descritas, como fue referido, además de la vulneración de sus derechos a la protección de su salud, integridad y vida son contrarios a la Guía IMSS-415-10, la Guía IMSS-641-13 la Guía IMSS-509-11 y la NOM-004-SSA3-2012.

121. Con ello incumplieron, además, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público previstos en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, así como el de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la CPEUM.

122. Si bien es cierto el procedimiento de responsabilidades administrativas prescribió, por tratarse de hechos sucedidos en 2019, también es cierto que no resulta un impedimento para conocer de las violaciones a derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional realizará las acciones que subsistan con el fin de esclarecer la participación de cada una de las personas servidoras publicas involucradas en los hechos violatorios a derechos humanos a V1, se sancionen conforme a derecho y no vuelvan a ocurrir.

V.2 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

123. El artículo 1° de la CPEUM, en su párrafo tercero mandata que "todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, y que el Estado debe prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley; en el mismo sentido el artículo 1 de la Comisión Americana de Derechos Humanos señala que los Estados están comprometidos a respetar los derechos humanos, y garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna.

124. Estas obligaciones generales y específicas no sólo rigen a las personas servidoras públicas en su actuación, sino también a las instituciones de las que forman parte, las cuales tienen una especial posición garante frente a los deberes de prevención, atención, investigación y sanción de los actos violatorios de derechos humanos cometidos en el ámbito de las atribuciones de sus personas servidoras públicas.

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

126. Está CNDH ha identificado prácticas y omisiones recurrentes por parte del personal de salud en relación con la debida integración del expediente clínico,[122]

[122] CNDH, "Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud", Óp. Cit., párr. 40.

mismas que no se reducen a una cuestión de formación profesional o capacitación del personal médico, sino también guarda relación con la existencia de un problema de carácter estructural en la lógica de funcionamiento de las instituciones de salud.[123]

127. Como fue referido, en la integración del expediente materia de esta Recomendación pudieron documentarse múltiples omisiones en la integración del expediente clínico de V1 con motivo de la atención que se le brindo en el HGZ 1A, muchas de ellas relacionadas a la falta de señalamiento claro y especifico del nombre del personal médico que las elaboro, fechas y horas, lo que implicó que esta CNDH no pudiera conocer de forma integral la atención, cuidado y tratamiento que se le otorgo a V1, además del tramo de responsabilidad de cada personal médico que pudiera haber intervenido, lo que constituye una mala práctica que vulnera su derecho de acceso a la información en materia de salud.

128. Ante la recurrencia del hecho violatorio de la deficiente integración del Expediente Clínico, la responsabilidad trasciende a las actuaciones individuales de los servidores públicos involucrados y genera responsabilidad institucional, por lo que, en el presente caso, esta CNDH acreditó que el IMSS es responsable institucionalmente al incumplir con sus obligaciones generales de promover, respetar, proteger y garantizar el derecho de acceso a la información en materia de salud en perjuicio de V1, QVI1 y VI2.

[123] Ibidem, párr. 42.

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

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 fracción II; 65 inciso c), 73 fracción V; 74 fracción VI; 75 fracción IV; 88 fracciones II y XXIII; 96, 97 fracción I; 106, 110 fracción IV; 111 fracción I; 112, 126 fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Victimas, 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, a una vida libre de violencia obstétrica, a la libertad y al acceso a la información en materia de salud, este Organismo Nacional le reconoce a V1, QVI1 y VI2 su calidad de víctimas por los

hechos violatorios que originaron la presente recomendación; en esa virtud, el acceso a los recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad.

131. No pasa inadvertido para esta CNDH que el 2 de julio de 2019, el Director General del Registro Nacional de Víctimas acordó inscribir a QVI1 con calidad de víctima indirecta del delito en el Registro Federal de Víctimas y transmitir dicha información al RENAVI, por lo que esta CNDH solicitará la actualización de dicho registro de QVI1 como víctima indirecta de violaciones a Derechos Humanos en el apartado correspondiente.

132. En el presente caso, esta CNDH considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. MEDIDAS DE REHABILITACIÓN

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

134. Por ello el IMSS, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, deberá proporcionar a QVI1 y VI2, la atención psicológica y tanatológica que requieran, que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, la cual se prestará atendiendo a su edad, sus especificidades de

género y previo consentimiento informado, incluyendo la provisión de medicamentos, hasta obtener el más alto beneficio posible.

135. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata y en lugar y horario accesibles para QVI1 y VI2 con información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado. También, en caso de no ser su deseo acudir en este momento, se les deberá de dejar cita abierta a fin de que reciban dicha atención cuando así lo determinen o deseen retomarla. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. MEDIDAS DE COMPENSACIÓN

136. Las medidas de compensación se encuentran previstas en los artículos 27 fracción III, 64 fracciones I y II, a 72 de la LGV y consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos de la que fue víctima, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas, como consecuencia de las violaciones ya descritas, ello acorde a la LGV.

137. Por ello, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV para la inscripción al Registro Nacional de Víctimas a V1 y VI2, así como la actualización del estatus de QVI1 a través de la noticia de los hechos que ese Instituto realice a la CEAV con la presente Recomendación y, que esté acompañada del Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez que se emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, procederá a su inmediata reparación integral del daño, que incluya la medida de compensación en

términos de la LGV. Ello en atención al cumplimiento del punto recomendatorio primero.

***iii*) MEDIDAS DE SATISFACCIÓN**

138. Las medidas de satisfacción, acorde con lo dispuesto en los artículos 26 y 27, fracción IV de la citada Ley General de Víctimas, tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se pueden realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas por la posible comisión de violaciones a derechos humanos.

139. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la Ley General de Víctimas, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las decisiones judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por lo cual, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que esta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de V1, QVI1 y VI2, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

***iv*) MEDIDAS DE NO REPETICIÓN**

140. Conforme a los preceptos legales 26, 27, fracción V y 74, fracciones II y IX de la Ley General de Víctimas, referentes a implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, 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.

141. Por ello, con apoyo en los artículos 27 fracción V y 74 fracciones VII y IX de la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá diseñar e impartir, en un plazo de 6 meses contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso obligatorio de capacitación en materia de derechos humanos con énfasis en el trato humanizado a las personas derechohabientes y de atención médica con perspectiva de género; también en la aplicación de la Guía IMSS-415-10, la Guía IMSS-641-13 la Guía IMSS-509-11 y la NOM-004-SSA3-2012; los cuales deberán ser impartidos en los servicios de Medicina Familiar, Cirugía General, Psiquiatría, Medicina de Urgencias y Gastroenterología, así como de las Unidades de Endoscopía y de Cuidados Intensivos, de la UMF 19 y del HGZ 1A, debiendo estar presentes especialmente AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR14 adscritos al HGZ 1A, AR7, AR8, y AR13, adscritos a la UMF 19, en caso de seguir laboralmente activas, a fin de que promuevan, respeten, protejan y garanticen el ejercicio efectivo de los derechos humanos.

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

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

autoridades en el respectivo ámbito de sus competencias puedan fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, en 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.

144. En atención a lo anterior, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos considera procedente formular, respetuosamente a usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción al Registro Nacional de Víctimas a V1 y VI2, así como de la actualización de QVI1 a través de la noticia de los hechos que ese Instituto realice a la CEAV con la presente Recomendación y que esté acompañada del Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez que se emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, procederá a su inmediata reparación integral del daño a QVI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV; hecho lo cual, se envíen a esta CNDH las Constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Proporcionar a QV1 y VI2 la atención psicológica y tanatológica que requieran, que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, la cual se prestará atendiendo a su edad, sus especificidades de género y previo consentimiento informado, incluyendo la provisión de medicamentos, hasta obtener el más alto beneficio posible; se brindará gratuitamente, de manera inmediata, en lugar y horario accesibles para QVI1 y VI2 con información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado. Así también, en caso de no ser su deseo acudir en este momento, se les deberá de dejar cita abierta a fin de que reciban dicha atención cuando así lo determinen o deseen retomarla, hecho lo cual, se envíen a esta CNDH las Constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Diseñar e impartir, en un plazo de 6 meses contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso obligatorio de capacitación en materia de derechos humanos con énfasis en el trato humanizado a las personas derechohabientes y de atención médica con perspectiva de género; también en la aplicación de la Guía IMSS-415-10, la Guía IMSS-641-13 la Guía IMSS-509-11 y la NOM-004-SSA3-2012; los cuales deberán ser impartidos en los servicios de Medicina Familiar, Cirugía General, Psiquiatría, Medicina de Urgencias y Gastroenterología, así como de las Unidades de Endoscopía y de Cuidados Intensivos, de la UMF 19 y del HGZ 1A, debiendo estar presentes especialmente AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR14 adscritos al HGZ 1A, AR7, AR8, y AR13, adscritos a la UMF 19, en caso de seguir laboralmente activas, dicho curso deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano y deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia y/o videos. Hecho lo

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

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

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

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

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

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

ALP