



**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA, AL TRATO DIGNO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN AGRAVIO DE V; ASÍ COMO, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V Y QVI, EN EL HOSPITAL REGIONAL “DR. VALENTÍN GÓMEZ FARÍAS” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN ZAPOPAN, JALISCO.**

Ciudad de México, a 30 de abril 2024

**MTRA. BERTHA MARÍA ALCALDE LUJÁN  
DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO  
DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

*Apreciable directora 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, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/PRESI/2019/11647/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital Regional “Dr. Valentín Gómez Farías” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Zapopan, Jalisco.
2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los

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

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

DENOMINACIÓN	CLAVE
Persona Víctima Directa	V
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

4. En la presente Recomendación, las referencias a diversas instituciones e instrumentos legales se harán con siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales se identificarán de la siguiente manera:

<b>INSTITUCIONES</b>	
<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA</b>
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Organización Mundial de la Salud	OMS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Hospital Regional "Dr. Valentín Gómez Farías".	HR-VGF
Servicio de Urgencias del Hospital Regional "Dr. Valentín Gómez Farías" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Zapopan, Jalisco.	SU del HR-VGF
Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional "Dr. Valentín Gómez Farías" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Zapopan, Jalisco.	MI del HR-VGF

<b>NORMATIVIDAD</b>	
<b>NOMBRE</b>	<b>SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA</b>
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Ley General de Salud	LGS

<b>NORMATIVIDAD</b>	
<b>NOMBRE</b>	<b>SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA</b>
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	RLGS
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas	NOM-Residencias Médicas
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Aguda en Pacientes Adultos	GPCDT de la ICAPA
Guía de Práctica Clínica, prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica en adultos en los tres niveles de atención	GPCDT de la ICCPA
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural	GPCDT del DP
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial Pulmonar Primaria en el Adulto	GPCDT de la HAPPA
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Fibrilación Auricular	GPCDT de la FA
Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Delirium en el adulto mayor hospitalizado	GPCPT del Delirium
Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto	GPCPT de sepsis y choque séptico

## **I. HECHOS**

5. El 2 de diciembre de 2019, QVI presentó queja ante este Organismo Nacional, en agravio de su mamá V, en la cual expresó negligencia por personas médicas del HR-VGF del ISSSTE en Zapopan, Jalisco, indicó que el 27 de noviembre de 2019, V ingresó al SU del HG-VGF del ISSSTE en Zapopan, Jalisco, debido a que presentaba agua en el pulmón izquierdo, por lo que se le realizaría una “punción” para drenarlo; sin embargo, servidores públicos de ese Instituto llevaron a cabo ese procedimiento en el pulmón derecho, provocándole una hemorragia.

6. QVI indicó posteriormente que, V se encontraba en su domicilio delicada de salud; sin embargo, manifestó que de la mala atención recibida a V en el nosocomio antes citado, la cual ocasionó su fallecimiento el 17 de enero de 2020, motivo por el cual, solicitó la intervención de esta Comisión Nacional, para la investigación de los hechos.

7. Con motivo de los citados hechos se inició el expediente de queja **CNDH/PRESI/2019/11647/Q**, y a fin de investigar las violaciones a derechos humanos, esta Comisión Nacional solicitó información al ISSSTE, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de esta Recomendación.

## **II. EVIDENCIAS**

8. Acta circunstanciada elaborada por personal de esta Comisión Nacional y escrito de queja de QVI de 2 de diciembre de 2019, en la cual expresó negligencia por personas médicas del HR-VGF del ISSSTE en Zapopan, Jalisco, e indicó que el 27 de noviembre de 2019, V ingresó al SU del HG-VGF del ISSSTE en Zapopan, Jalisco.

9. Acta Circunstanciada de 18 de febrero de 2020, elaborada por personal de este

Organismo Nacional, en la cual se hizo constar que, QVI indicó vía telefónica que V falleció el 17 de enero de 2020, en su domicilio.

**10.** Correo electrónico de 5 de junio de 2020, en la que PSP8 personal de enlace del ISSSTE, remitió a este Organismo Nacional, copia del expediente clínico de V integrado en el HR-VGF del ISSSTE, del cual destacó lo siguiente:

**10.1.** Nota de ingreso al MI del HR-VGF, de 2 de noviembre de 2019 a las 04:00, sin que conste quien la suscribió, donde se indicó como impresión diagnóstica de V, insuficiencia cardiaca crónica descompensada y otras.

**10.2.** Nota de evolución de MI del HR-VGF de 3 de noviembre de 2019, suscrito por el médico de base PSP2, adscrito a ese Servicio, en la cual indicó que V con derrame.

**10.3.** Hoja de interconsulta de 4 de noviembre de 2019 a las 9:00 horas, del Servicio de Cardiología realizado por parte de MI del HR-VGF, suscrito por AR1 adscrita al servicio de MI del HR-VGF, para la valoración de los estudios realizados a V.

**10.4.** Nota de revaloración por electrofisiología de 7 de noviembre de 2019, suscrito por PSP11 adscrito al servicio del HR-VGF.

**10.5.** Nota de evolución de MI del HR-VGF, de 9 y 10 de noviembre de 2019 suscrito por AR2 adscrito a ese servicio, en las cuales reportó a V grave no exenta de complicaciones.

**10.6.** Nota de interconsulta a cirugía cardiotorácica de 11 de noviembre de 2019

a las 10:00 horas, suscrita por AR3 adscrito al servicio de cirugía cardiovascular y del tórax del HR-VGF.

**10.7.** Nota de evolución de 11 de noviembre de 2019, donde AR1 solicitó se practicarán a V rayos X de tórax, así como colocación de sonda urinaria.

**10.8.** Nota de evolución de 12 de noviembre de 2019, suscrita por AR1 en la cual valoró a V y la reportó con periodos de apnea<sup>1</sup>, somnolencia y hemodinámicamente estable.

**10.9.** Hoja de evolución de 13 de noviembre de 2019 a las 11:30 horas, suscrita por AR1 en la cual estableció la valoración realizada a V, señaló que retiró el pleurovac por poco gasto.

**10.10.** Carta de consentimiento bajo información de 12 de noviembre de 2019 a las 16:30 horas, suscrito por familiar de V mediante la cual autorizó a personal médico del HR-VGF, realizar maniobras de resucitación cardiopulmonar e intubación en caso de ser necesario.

**10.11.** Ecocardiograma Doppler Color de 13 de noviembre de 2019, elaborado por PSP5, adscrito al Servicio de Cardiología del HR-VGF, en el cual se establecieron los hallazgos y conclusiones de ese estudio realizado a V.

**10.12.** Nota de evolución de 14 de noviembre de 2019, elaborada por AR1 en la cual se reportó que a V se le había practicado electrocardiograma.

---

<sup>1</sup> Pausa en la respiración de al menos 10 segundos

- 10.13.** Resultados de laboratorio de V, de 15 y 16 de noviembre de 2019 a las 14:43 y 23:07 horas, respectivamente, suscrito por PSP3.
- 10.14.** Nota de evolución de 17 de noviembre de 2019, de V en la cual se estableció valoración por parte de AR1 quien refirió dificultad respiratoria.
- 10.15.** Nota de evolución de 18 de noviembre de 2019, de MI del HR-VGF, en la cual se estableció valoración por parte de AR4, quien solicitó estudios de laboratorio para V y sin datos de dificultad respiratoria.
- 10.16.** Nota de evolución de 19 de noviembre de 2019 de V, elaborada por AR1 en la cual estableció que V presentó hipertensión arterial y hemodinámicamente estable, con ligera palidez.
- 10.17.** Indicaciones de MI del HR-VGF, de 20, 21 y 22 de noviembre de 2019, indicándose en las primeras dos que fueron elaboradas por AR1 y en la última no consta quien la elaboro, en la que se establecieron resultados de laboratorio, dieta, los medicamentos y medidas generales para V.
- 10.18.** Hoja de evolución de 21 de noviembre de 2019 a las 18:05 horas, elaborada por AR5 adscrito al HR-VGF, en la que se establecieron dieta, indicaciones y medicamento para V.
- 10.19.** Hoja de urgencias de 27 de noviembre de 2019 a las 15:36 horas, elaborada por PSP7 adscrito al SU del HR-VGF, quien valoró a V y estableció el diagnóstico de derrame pleural izquierdo 100% de origen a determinar, así como su ingreso hospitalario para vigilancia de patrón respiratorio y hemodinámico.

- 10.20.** Nota de evolución matutina de 28 de noviembre de 2019 a las 10:00 horas, elaborado por AR7 persona médico adscrito al SU del HR-VGF, quien señaló que la pleurostomía derecha realizada a V drenaba material serohemático; señaló que, fue valorada por AR3 quien comentó que no requería manejo quirúrgico por parte de su servicio.
- 10.21.** Nota de evolución vespertina de 28 y 29 de noviembre de 2019, elaboradas a las 19:44 y 12:54 horas respectivamente, por AR8 y AR7 adscritos al SU del HR-VGF, quienes valoraron a V, en la que AR8 señaló que el tubo pleural derecho estaba pinzado y el izquierdo con gasto de material serohemático, hipertensión y envió muestras para estudios de laboratorio, y AR7 reportó a V con derrame pleural izquierdo 50% de origen a determinar, hipertensión arterial y fibrilación auricular.
- 11.** Aportación de QVI de 04 de febrero de 2022, de las documentales siguientes: certificado y acta de defunción de V, elaborado a las 02:30 horas del 17 de enero de 2020, en el que se estableció que las causas de la defunción fueron: “insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia renal agudizada en la comunidad, hipertensión arterial esencial.
- 12.** Acta circunstanciada de 15 de noviembre de 2022, en la que personal de este Organismo Nacional se comunicó vía telefónica con QVI, quien manifestó no haber presentado denuncia ante la Fiscalía General de la República en contra del ISSSTE, ni denuncia administrativa ante el entonces Órgano Interno de Control Específico en ese Instituto.
- 13.** Acta circunstanciada de 23 de noviembre de 2022, en la que personal de este Organismo Nacional se comunicó vía telefónica con PSP8 adscrito al Departamento de Atención a Quejas médicas y Administrativas de la Jefatura de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos de la Subdirección de Atención al

Derechohabiente del ISSSTE, a quien se solicitó información respecto a si ese Instituto inició alguna investigación con motivo de los hechos que dieron origen a la queja, quien refirió solicitar esa información por escrito.

**14.** Oficio número DEISE/SAD/JSCDQR/DAQMA/221-6/23 de 19 de enero de 2023, suscrito por PSP9 adscrito a la Jefatura de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos de la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, a través del cual, en respuesta a la solicitud de ampliación de información de 23 de noviembre de 2022, se remitió a este Organismo Nacional, copia del expediente clínico de V, del cual destacó lo siguiente:

**14.1.** Hoja de órdenes médicas de 1 de diciembre de 2019 sin hora y suscrito por médico residente adscrito al Servicio de Geriátría, en la cual reportó, sin médico de base y valoración de V.

**14.2.** Nota de evolución de 2 de diciembre de 2019 a las 11:00 horas, del Servicio de Geriátría del HR-VGF, suscritos por AR9 y por personas médicos residentes adscritas al Servicio de Geriátría del HR-VGF, en la cual valoraron y diagnosticaron a V.

**14.3.** Nota de evolución de 3 de diciembre de 2019 a las 11:15 horas del Servicio de Geriátría del HR-VGF, suscrito por AR9 y por personas médicos residentes adscritas al Servicio de Geriátría del HR-VGF, en la cual valoraron a V y solicitaron tomografía de tórax simple y contrastada.

**14.4.** Nota de evolución de 4 de diciembre de 2019 a las 9:30 horas, suscrita por AR9 y por personas médicos residentes adscritas al Servicio de Geriátría del HR-VGF, en la cual valoraron a V e indicaron disminución de dolor y de insomnio.

- 14.5.** Hoja de evolución de 5 de diciembre de 2019, sin hora del Servicio de Geriatría del HR-VGF, sin contener nombre y firma de médico tratante, en la cual se estableció el diagnóstico y valoración de V.
- 14.6.** Nota de evolución de 6 de diciembre de 2019 a las 11:05 horas del Servicio de Geriatría del HR-VGF, suscrito por AR9 y por personas médicos residentes adscritas al Servicio de Geriatría del HR-VGF, en la cual se estableció el diagnóstico y valoración de V.
- 14.7.** Hoja de respuesta de 6 de diciembre de 2019, de la interconsulta realizada a V por parte del Servicio de Angiología suscrito por AR11.
- 14.8.** Hoja de evolución de 7 de diciembre de 2019 a las 13:08 horas, elaborada por médico residente del servicio de geriatría del HR-VGF, sin contener nombre y firma visible del mismo, sin médico de base.
- 14.9.** Nota de evolución de 12 de diciembre de 2019 a las 12:22 horas, del Servicio de Geriatría del HR-VGF, suscrito por AR9 y por personas médicos residentes adscritas al Servicio de Geriatría del HR-VGF, en la cual se agregaron los diagnósticos de lesión renal aguda, resultados de urocultivo y cultivo de líquido pleural de V.
- 14.10.** Nota de evolución de 9 de diciembre de 2019 a las 11:05 horas, del Servicio de Geriatría del HR-VGF, suscrito por AR9 y por personas médicos residentes adscritas al Servicio de Geriatría del HR-VGF, en la cual se estableció diagnóstico de V y hemodinámicamente estable.

- 14.11.** Nota de evolución de 10 de diciembre de 2019 a las 12:17 horas, del Servicio de Geriatría del HR-VGF, suscrito por AR9 y por personas médicos residentes adscritas al Servicio de Geriatría del HR-VGF, en la cual se estableció que V fue valorada por el Servicio de Neumología del HR-VGF.
- 14.12.** Nota de evolución de 11 de diciembre de 2019 a las 12:44 horas del Servicio de Geriatría del HR-VGF, suscrito por AR9 y por personas médicos residentes adscritas al Servicio de Geriatría del HR-VGF, en la cual se estableció la exploración física y valoración de V.
- 14.13.** Nota de evolución de 16 de diciembre de 2019 a las 9:30 horas, del Servicio de Geriatría del HR-VGF, suscrito por AR9 y por personas médicos residentes adscritas al Servicio de Geriatría del HR-VGF, en la cual se estableció valoración de V, reportándola con anemia grado I, lesión renal aguda y resultado de segundo cultivo de líquido pleural.
- 14.14.** Nota de evolución de 17 de diciembre de 2019 a las 12:27 horas del servicio de geriatría del HR-VGF, suscrito por AR9 y por personas médicos residentes adscritas al Servicio de Geriatría del HR-VGF, en la cual se estableció valoración de V, reportándola con ansiedad y desesperación, cansancio generalizado, hiporexia y taquipnea<sup>2</sup>.
- 14.15.** Hoja de interconsulta de 16 de diciembre de 2019 a las 00:00 horas del Servicio de Nefrología del HR-VGF, suscrito por AR12, adscrito al servicio de geriatría en ese nosocomio, en la que se asentó como motivo de esa interconsulta la valoración de la lesión renal aguda diagnosticada a V.

---

<sup>2</sup> Respiración anormalmente rápida y, a menudo, poco profunda.

- 14.16.** Hoja de interconsulta de 18 de diciembre de 2019 a las 17:49 horas, del Servicio de Nefrología, suscrito por AR12, en la que se asentó como motivo de esa interconsulta la valoración de necrosis tubular aguda diagnosticada a V.
- 14.17.** Hoja de egreso hospitalario de 19 de diciembre de 2019 a las 13:02 horas, elaborada por AR9 adscrito al Servicio de Geriátrica del HR-VGF, quien señaló el egreso de V por máximo beneficio.
- 15.** Acta circunstanciada de 8 de marzo de 2023, en la que personal de este Organismo Nacional contactó a QVI, ocasión en la cual se le dio vista de la información proporcionada por el ISSSTE en términos del artículo 107 del Reglamento Interno de esta Comisión Nacional, por lo que señaló inconformidad con la misma.
- 16.** Oficio OR/AGS/827/2023, de 20 de junio de 2023, por medio del cual esta Comisión Nacional dio vista al entonces Órgano Interno de Control en el ISSSTE, por las irregularidades descritas en la Opinión médica realizada por personal de este Organismo Nacional.
- 17.** Oficio OIC/QDI/JAL/0753/2023 de 19 de julio de 2023, suscrito por PSP15 adscrito al Órgano Interno de Control en el ISSSTE, a través del cual informó el número de expediente asignado a la QOIC que se inició por los hechos motivo de la queja, en respuesta a la vista de 20 de junio de 2023, que diera este Organismo Nacional.
- 18.** Ampliación de Opinión Especializada en Materia de Medicina de 13 de diciembre de 2023, emitida por personal de esta Comisión Nacional, quien concluyó como inadecuada la atención médica proporcionada a V en el HR-VGF del 2 al 22 de noviembre y del 27 de noviembre al 19 de diciembre de 2019.

19. Acta circunstanciada de 19 de abril de 2024, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la comunicación vía telefónica con QVI, quien corroboró sus datos actualizados a efecto de ser localizada.

20. Acta circunstanciada de 19 de abril de 2024, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la comunicación con personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control Específico en el ISSSTE, quienes informaron sobre el seguimiento de la QOIC, la cual se encuentra en etapa de investigación para su determinación correspondiente.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA**

21. A la fecha de la emisión de la presente Recomendación, personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control Específico en el ISSSTE, informaron que la QOIC se encontraba en etapa de investigación; además, no se contó con evidencia de que se hubiese iniciado investigación ante la Fiscalía General de la República por parte de QVI.

### **IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS**

22. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2019/11647/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, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales y precedentes aplicables tanto de la CrIDH como de la SCJN, se cuenta con evidencias que permiten acreditar la violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, al trato digno y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V; por los actos y omisiones atribuibles en el HR-VGF por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, que contribuyeron al

deterioro del estado de salud de V, trayendo como consecuencia su fallecimiento.

## **A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD**

**23.** Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel;<sup>3</sup> y, el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud.

**24.** Los Principios de París previenen las competencias de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos, dentro de las que contemplan "(...) formular recomendaciones a las autoridades competentes (...) "<sup>4</sup>.

**25.** El párrafo 1º del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que: "*(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)*".

**26.** El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que:

---

<sup>3</sup> CNDH. Recomendaciones 92/2022, párr. 18; 28/2021, párr. 32; 5/2021, párr. 21; 52/2020, párr. 42; CNDH, Recomendación 30/2021, párr. 35; 28/2021, párr. 32; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 16; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

<sup>4</sup> Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las Instituciones Nacionales de Protección y Promoción de los Derechos Humanos "Principios de París".

*la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.<sup>5</sup>*

**27.** En la Recomendación General 15 se indicó:

*Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, ha señalado que: “(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad.*

**28.** La SCJN en Tesis Aislada<sup>6</sup> ha expuesto como parte del estándar de protección del Derecho Humano a la Salud, reconocido en los artículos 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, que las autoridades del Estado se encuentran directamente obligadas a garantizar el Derecho a la Salud, brindando la asistencia médica y tratamiento de forma oportuna, permanente y constante.

---

<sup>5</sup> El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14.

<sup>6</sup> SCJN. “DERECHO HUMANO A LA SALUD. LA ASISTENCIA MÉDICA Y EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES USUARIOS DE ALGUNA INSTITUCIÓN QUE INTEGRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, DEBEN GARANTIZARSE DE FORMA OPORTUNA, PERMANENTE Y CONSTANTE”. Tesis 2022890. Localización: [TA]; 10a. Época; 1a. Sala; Seminario Judicial de la Federación; 1a. XIII/2021 (10a.). Publicación: Viernes 26 de Marzo de 2021.

**29.** En el presente asunto, debe considerarse el Objetivo tercero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, consistente en “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades.*”

**30.** Para una mejor comprensión de este apartado se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a V, en el HR-VGF.

#### **A.1. Atención médica brindada a V en el HR-VGF**

**31.** En el presente asunto se trata de V mujer adulta mayor, con antecedentes de colocación de lente intraocular de ambos ojos hacía 7 años, colecistectomía hacía 6 años, tomaba clonazepam por las noches sin señalar el motivo, 10 embarazos y sin enfermedades crónico-degenerativas, quien ingresó al SU del HR-VGF el 1 de noviembre de 2019, con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca Congestiva; sin embargo, no fue posible establecer la hora exacta y su cuadro clínico inicial, ya que en la copia del expediente clínico solicitada por esta Comisión Nacional y proporcionada por el ISSSTE, no se agregó la nota de ingreso a ese Servicio, solamente se advirtió que obra hoja de enfermería de esa fecha, en la cual se señaló el medicamento que se suministró.

**32.** Posteriormente, el 2 de noviembre de 2019 a las 00:07 horas, PSP1 envió a V al MI del HR-VGF, a las 4:00 horas PSP10 la ingresó a ese Servicio, quien reportó que V tenía 2 años con padecimiento de disnea (limitación de actividad física por dificultad para respirar), estableció que el 31 de octubre de 2019, V inició con la disnea referida, misma que le dificultó hablar y caminar, al no mejorar los síntomas, acudió con médico particular el 1 de noviembre de 2019, quien le solicitó radiografía de tórax, la cual evidenció derrame pleural bilateral y cardiomegalia (crecimiento del corazón), así como fibrilación auricular, por lo que fue referida al SU del HR-VGF, donde se solicitaron estudios de laboratorio, electrocardiograma e inició su tratamiento.

**33.** En la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, se señaló que personal médico residente que atendió a V en el MI del HR-VGF, realizó exploración física y la encontró con signos vitales estables, neurológicamente íntegra, tórax con movimientos disminuidos, ambos pulmones con baja ventilación y síndrome pleuropulmonar de derrame pleural bilateral del 20% en hemitórax derecho e izquierdo del 10%, precordio con arritmia y taquicárdico (sic), abdomen con crecimiento del hígado y el estudio de gasometría arterial, arrojó como resultado alcalosis respiratoria compensada, por lo que se establecieron los diagnósticos de insuficiencia cardíaca crónica, derrame pleural bilateral, fibrilación auricular, hipertensión arterial sistémica, desequilibrio hidroelectrolítico y anemia, razón por la cual se suministró medicamento para su tratamiento.

**34.** Lo anterior, de acuerdo con la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional, fue adecuado para V, al ingresarla al MI del HR-VGF; sin embargo, los médicos tratantes de ese servicio incumplieron con la NOM-Residencias Médicas, en sus numerales 10.3 y 10.5, al no contar con supervisión los médicos residentes del MI del HR-VGF, sin que esto repercutiera en su salud de la paciente.

**35.** El 4 de noviembre de 2019, AR1 persona médica adscrita al Servicio de Medicina Interna del HR-VGF, quien reportó a V con taquicardia, hipertensión arterial, campos pulmones con hipoventilación, arritmia cardíaca; los resultados de los estudios de laboratorio practicados ese día, arrojaron que cursaba hiponatremia (concentración de sodio en la sangre anormalmente baja), por lo que se realizaría ecocardiograma y estudio Holter; para las 11:24 horas de ese día, AR1 reportó que V continuaba con dolor intercostal derecho, con oxígeno y mascarilla nebulizante, el ultrasonido abdominal realizado arrojó tumoración de anexo (ovario); sin embargo, no se agregó la solicitud ni hoja de resultados e interpretación de ese estudio, hecho relevante en términos de que se reportó la existencia del anexo con tumoración, cuyo estudio en su momento era de

importancia debido a que las neoplasias<sup>7</sup> son una de las causas del derrame pleural, por lo que solicitó interconsulta a cardiología ante la fibrilación auricular de respuesta ventricular y marcadores tumorales elevados.

**36.** El 5 de noviembre de 2019, AR1 encontró a V con taquicardia; sin embargo, no reportó los signos vitales en la nota médica. Por su parte, el servicio de cardiología del HR-VGF, señaló los mismos diagnósticos; es decir, insuficiencia cardiaca congestiva, fibrilación auricular e hipertensión arterial sistémica, por lo que se autorizó ecocardiograma y estudio Holter, y como los marcadores tumorales resultaron aumentados, solicitó punción de líquido pleural, guiado por ultrasonido por ser menor del 10% y estudio coprológico para detectar sangre oculta, y agregó medicamentos diuréticos, protector gástrico y sales de potasio.

**37.** El 6 de noviembre de 2019, AR1 reportó a V taquicárdica (no se reportaron los signos vitales en la nota médica), campos pulmonares con ventilación baja, con nerviosismo pre y post procedimiento, ya que se le realizó ese día, a las 10:00 horas, punción pleural que mostró líquido amarillo claro no turbio, se envió para estudio de laboratorio y bacteriología; sin embargo, debido a que no se señaló en constancia alguna del expediente clínico, la evidencia médica del procedimiento referido, por lo que, en la Opinión Médica mencionada se señaló que se desconoce quién lo realizó, la técnica seguida, las condiciones y si se solicitó radiografía de tórax de control.

**38.** El 7 de noviembre de 2019, AR1 encontró a V con taquicardia, ligera palidez de tegumentos y regular estado de hidratación, campos pulmonares bien ventilados sin agregados, ruidos cardiacos taquicárdicos y arrítmicos, ya contaba con cita para estudio Holter para el 14 y ecocardiograma para el 15 de noviembre de 2019.

---

<sup>7</sup> Masa anormal de tejido que aparece cuando las células se multiplican más de lo debido o no se mueren cuando deberían.

**39.** Por lo anterior, en la Opinión Médica elaborada por este Organismo Nacional se advirtió que AR1 no indicó en las notas médicas que integran el expediente clínico de V, si ella llevó a cabo la punción pleural o bien, si fue otro médico, en qué lugar se realizó, si se tomaron las precauciones y técnicas asépticas, la técnica seguida, si se solicitó firma de consentimiento informado, así como las complicaciones de ésta (debido posteriormente se observó hemotórax<sup>8</sup>, omitió solicitar radiografía de tórax de control para corroborar que se hubiese drenado correctamente el líquido pleural y modificado el cuadro clínico agudo e indicar el antiarrítmico que el servicio de electrofisiología le prescribió desde el 4 de noviembre de 2019, con lo cual se incumplió con lo señalado por el RLGS, en sus artículos 7, 8 y 9, así como con la Literatura Médica Especializada en el tema de Drenaje Torácico, con la GPCDT de la FA.

**40.** De igual manera, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se señaló que los estudios de laboratorio de control realizados a V el 5 de noviembre de 2019, arrojaron como resultado que presentaba alteraciones renales, desequilibrio electrolítico, el líquido pleural con presencia de sangre, mismos que no fueron reportados en las notas médicas, correspondientes.

**41.** El 8 de noviembre de 2019, V fue valorada por AR1, a quien reportó con crisis de ansiedad secundaria a la punción torácica guiada con ultrasonido (evidencia médica de la cual no se anexo reporte al expediente de queja) que se le realizó el 6 de noviembre de 2019, hemodinámicamente inestable (no se reportaron los signos vitales en la nota médica), con dolor torácico precordial, a la exploración física dependiente de puntas nasales (oxígeno), regular estado de hidratación, campos pulmonares con baja ventilación a nivel basal, y en las indicaciones médicas señaló "...catéter heparinizado...", y

---

<sup>8</sup> Acumulación de sangre en el espacio existente entre la pared torácica y el pulmón (la cavidad pleural).

suministró medicamentos “...*enoxaparina, furosemida, telmisartán, metoprolol, senosidos AB, alprazolam, clonixinato de lisina, levofloxacino, nebulizaciones con budesónida, espirolactona, omeprazol, sales de potasio, amiodarona...*”.

**42.** Por lo anterior, en la Opinión Médica por este Organismo Nacional, se advirtió que AR1 omitió indicar los signos vitales en la nota médica, solicitar electrocardiograma y radiografía de tórax inmediata al presentar V dolor torácico precordial y ansiedad posterior a la punción torácica desde el 6 de noviembre de 2019, a pesar de la analgesia indicada, que corroborara o descartara alguna complicación secundaria (hemorragia), como más adelante se observó, por lo que incumplió con lo establecido por con la GPCDT del DP y la literatura médica especializada en el tema de derrame pleural.

**43.** El 9 y 10 de noviembre de 2019, V fue valorada por AR2 persona médica adscrita al Servicio de Medicina Interna del HR-VGF, de quien “...*no fue posible establecer el nombre completo porque no lo registró en la nota médica...*”, tal como se advirtió en la Opinión Médica elaborada por esta CNDH, por lo que incumplió con la NOM-Del Expediente Clínico, en su numeral 5.10; donde, el 9 de noviembre de 2019, estableció los diagnósticos de V: “...*insuficiencia cardíaca congestiva descompensada y fibrilación auricular, en ese momento con dificultad respiratoria, signos vitales estables...*”, y señaló a V como hemodinámicamente estable; el día previo se solicitó radiografía de tórax que “...*evidenció incremento del derrame pleural (izquierdo) al 100%...*”, por lo que se realizó punción, obteniendo líquido hemático con drenaje de aproximadamente 100 centímetros cúbicos; sin embargo, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se señaló que se desconoce quién llevó a cabo ese procedimiento y en qué condiciones.

**44.** El 10 de noviembre de 2019, V continuó con dificultad respiratoria, signos vitales estables, con apoyo mecánico ventilatorio no invasivo (CPAP), se recabó la radiografía de control donde observó nuevamente derrame pleural izquierdo del 100%, por lo que se

realizó, previa firma de consentimiento informado, toracocentesis con colocación de tubo endopleural, procedimiento del cual se obtuvo "...drenando 1500 centímetros cúbicos de líquido hemático, se realizó transfusión de 2 concentrados eritrocitarios...", refiriéndose en la Opinión Médica multicitada que lo anterior fue porque V cursaba "...con hemoglobina de 7.3 g/dl, leucocitosis de 18.3, los cuales no se reportaron en la nota médica...", se solicitaron estudios de laboratorio de control e interconsulta al servicio de cirugía torácica, reportándola AR2 a familiares de V como "...grave no exenta de complicaciones por patología de base...".

**45.** El 11 de noviembre de 2019 a las 10:00 horas, V fue valorada por AR3 cirujano cardiovascular y de tórax adscrito al HR-VGF, quien reportó que V ingresó al MI del HR-VGF por disnea, portadora de fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca, la cual se detectó derrame pleural del 10% del hemitórax izquierdo al ingreso, por lo que, le realizó punción guiado por ecosonografía, presentando hemotórax posterior al procedimiento, hipoventilación basal izquierda, aunque tenía resonancia adecuada a la percusión en resto de hemitórax izquierdo, previa firma de consentimiento informado, colocó drenaje cerrado de tórax para evaluar estado del sangrado y estableció si había necesidad de cirugía de tórax para cerrar el sitio de hemorragia, el cual no drenó sangre en forma importante, a pesar de estar correctamente colocado en cavidad pleural izquierda, por lo que instauró sistema de succión continua (sistema automatizado de presión negativa continua auxiliar en la evacuación de líquido del espacio pleural), solicitó radiografía de tórax de control y biometría hemática.

**46.** Posteriormente, AR3 señaló que el sangrado final de V fue de 2200 centímetros cúbicos, por lo que se señaló por vez primera que hubo un sitio de sangrado; es decir, el hemotórax no fue consecuencia del padecimiento de base, sino de la acción de la punción realizada el 6 de noviembre de 2019. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se señaló que AR3 omitió señalar el posible sitio del sangrado y el origen de éste, con lo

cual incumplió con el RLGS en sus artículos 7, 8 y 9, así como con la literatura médica especializada en el tema de drenaje torácico y la GPCDT del DP, y la literatura médica especializada en el tema de derrame pleural.

**47.** Del 11 al 13 de noviembre de 2019, AR1 valoró a V, quien señaló para el 11 de noviembre de 2019, que la encontró disneica con hiporexia, signos vitales estables y campos pulmonares con hemitórax izquierdo hipoventilado, le instalaron sonda urinaria; para el 12 de noviembre de 2019, la reportó con períodos de apnea, tendencia a la somnolencia, afebril, hemodinámicamente estable y a la exploración física con estupor profundo, palidez de tegumentos y regular estado de hidratación, presencia de tubo endopleural, en ese momento con drenaje de 20 centímetros cúbicos, ruidos cardiacos arrítmicos, y fue reportada a familiares de V la posibilidad de iniciar apoyo mecánico ventilatorio invasivo (intubación), quienes se negaron a que se le realizara ese procedimiento, por lo que AR1 la reportó grave con altas posibilidades de fallecer; finalmente el 13 de noviembre de 2019, la reportó con temperatura de 37.5<sup>0</sup> C, con mascarilla bolsa reservorio al 96%, más activa, durante la guardia presentó agitación, campos pulmonares hipoventilados "...más del lado izquierdo...", ruidos cardiacos arrítmicos, se le retiró el pleurovac por el poco gasto, comentó que ese día se le realizaría Monitoreo de Holter, placa de control y ecocardiograma. Agregó al manejo dieta polimérica en papilla y reposición electrolítica, oxígeno suplementario por mascarilla reservorio, cloranfenicol gotas en cada ojo, tramadol y solución glucosada con multivitamínico, suspendieron telmisartán e hidroclorotiazida, alprazolam.

**48.** En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se advirtió que AR1 señaló que V se encontraba estable hemodinámicamente, cuando ella misma indicó que presentaba apnea y somnolencia, le retiró el drenaje torácico sin señalar si efectivamente se había resuelto el derrame pleural, determinar el origen de este, debido a que continuaba con hipoventilación del hemitórax izquierdo, por lo que incumplió con la GPCDT del DP, y la

literatura médica especializada en el tema de derrame pleural; además, se señaló que en los resultados de los estudios de laboratorio practicados a V y signados por PSP3 del 11 de noviembre de 2019, se observó que V presentó alteraciones en la función renal, aumento de la glucosa, desequilibrio electrolítico, leve anemia y datos de proceso infeccioso, los cuales, como no se reportaron en la nota médica, no se le brindó a V el manejo requerido por parte de los médicos tratantes del MI del HR-VGF, con lo cual se incumplió con el RLGS, en un artículo 7, 8 y 9.

**49.** De igual manera, en la Opinión Médica mencionada se indicó que el 11 de noviembre de 2019, PSP4 emitió un informe de citología realizado a V, donde se determinó: “...Líquido pleural con Diagnóstico Anatomopatológico: Alteraciones inflamatorias y cambios reactivos. Negativo para malignidad.”, con lo cual se advirtió que esos resultados “...demostraron que el problema del derrame pleural no tuvo su origen neoplásico y menos aún con malignidad; que la génesis del derrame tampoco se encontraba en la pleura misma, pues solo reportan alteraciones inflamatorias y cambios reactivos, es decir, el funcionamiento del tejido pleural era normal en el sentido de reaccionar ante la presencia de líquido o sangre, que hasta ese momento no se había determinado su origen.”

**50.** El 13 de noviembre de 2019, PSP5 emitió las conclusiones del ecocardiograma transtorácico realizado a V, mismas que señalaron: “...Cardiopatía hipertensiva (padecimiento cardíaco derivado de hipertensión a largo plazo), Hipertrofia ventricular izquierda concéntrica leve con función sistólica conservada (el crecimiento ventricular concéntrico compensa la insuficiencia ventricular conservando la eyección de sangre), Disfunción Diastólica tipo II (Moderada) secundaria a trastorno de la relajación ventricular Izquierda (es decir, aquella que deriva del periodo de llenado ventricular), Insuficiencia mitral severa IV/IV (degenerativa) (degeneración de la estructura propia de la válvula), Insuficiencia aortica leve 1/IV (es decir, el menor grado de insuficiencia de los cuatro

*estados en que se divide), Aurícula izquierda muy dilatada (aumento en el volumen de la cavidad auricular), Cavidades derechas ligeramente dilatadas (aumento del volumen de ambas cavidades cardiacas derechas), Insuficiencia tricúspidea leve I/IV, Presión sistólica pulmonar estimada en 54 mmHg, Sin evidencia de masas ni trombos intracavitarios por este método. Pericardio de aspecto normal... "*

**51.** La Opinión Médica elaborada por personal de esta CNDH, señaló que:

*“Los resultados de la ecocardiografía pasaron desapercibidos para los médicos tratantes que tuvieron a su cargo a la paciente [V] durante este internamiento, ya que se reportó que la presión arterial sistólica se estimó en 54 mmHg (normal 20 mmHg), y se encontraron daños estructurales en cavidades del lado derecho. La hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo le hacía mantener la función sistólica, situación que explica en parte el hecho de que hemodinámicamente mantenía signos vitales aparentemente estables, pero se reflejó en la falta de oxigenación ante las deficiencias estructurales en válvulas y ambas aurículas. Estos resultados y el hecho de que la determinación del péptido natriurético BPN haya salido alto (1803, pg/ml, normal pg/ml) orientaban a hipertensión arterial pulmonar con daño cardíaco extenso, como lo establece la guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión arterial Pulmonar Primaria en el Adulto...”*

**52.** Es decir, que los médicos tratantes del MI del HR-VGF, omitieron realizar cateterismo cardiaco derecho a V, conforme lo establece la GPCDT de la HAPPA, ya que ese estudio hubiese permitido conocer al personal médico diversos aspectos que eran de beneficio para V, lo que hubiera permitido confirmar del diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar, evaluar la gravedad del padecimiento en ese momento, la eficacia farmacológica y plantear la terapia adecuada.

**53.** Posteriormente, en la nota médica del 14 de noviembre de 2019, AR1 reportó a V con fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca congestiva y hemotórax resuelto (sic), con signos vitales estables, sin fiebre, disneica dependiente de oxígeno, y agregó: “...ya valorada le habían realizado ecocardiograma en donde se visualiza trombo intracavitario...”, por lo que, al no presentar datos de respuesta inflamatoria sistémica suspendió antibióticos.

**54.** En la Opinión Médica de este Organismo Autónomo, se indicó que en la nota médica referida en el párrafo anterior, AR1 asentó que V era dependiente de oxígeno, lo que es un dato más que indicó a los médicos tratantes que hubo hipertensión arterial pulmonar, pues la GPCDT de la HAPPA establece que la OMS recomienda el uso de oxígeno en estos pacientes debido a que se mejora la saturación y con ello la sintomatología, por lo anterior, de manera inadecuada, AR1 refirió que V presentó “...trombo intracavitario...”, cuando en el mismo reporte del ecocardiograma se refirió “...Sin evidencia de masas ni trombos intracavitarios por este método...”, con lo que se advirtió que V no tuvo una valoración estrecha por parte de AR1; además, suspendió el antibiótico sin tomar en cuenta los resultados de laboratorio de control del 11 y 12 de noviembre de 2019, donde se evidenció datos de proceso infeccioso, sin señalar su origen, y omitió solicitar cateterismo cardiaco derecho, al tener el reporte del ecocardiograma para brindar el manejo requerido, con lo cual incumplió con lo señalado en la GPCDT de la ICCPA, con la GPCDT del DP y la GPCDT de la HAPPA.

**55.** El 14 de noviembre de 2019, se realizó estudio Holter a V, cuyo resultado fue interpretado el 15 de noviembre de 2019 a las 13:19 horas por PSP6, quien al respecto señaló: “...No tengo bitácora para asociación de síntomas...”, por lo cual no se determinó una conclusión y tampoco se documentó ni tomó en cuenta en las notas médicas del expediente clínico de V.

**56.** Al respecto, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se señaló que del 15 y 16 de noviembre de 2019, no se contó con notas de evolución de V, sin embargo, sí obran los resultados de los estudios de laboratorio e indicaciones médicas de AR4 personal médico adscrito al Servicio de Medicina Interna del HR-VGR, del 15 y 16 de noviembre de 2019, así como la hoja de enfermería del 16 de noviembre de 2019, de las cuales, conforme a la Opinión Médica referida, se observó que V continuó con desequilibrio electrolítico, el cual no se había corregido, datos de proceso infeccioso (ya sin contar con antibiótico), y que el cultivo de líquido pleural se encontraba negativo a bacterias; es decir, aún no contaba en ese momento con la causa de su producción.

**57.** Del 17 al 19 de noviembre de 2019, V fue valorada por AR1 quien el 17 de noviembre de 2019, señaló que cursaba insuficiencia cardiaca congestiva descompensada, fibrilación auricular y hemotórax resuelto, así como “*dificultad respiratoria*”, y la radiografía de tórax evidenció derrame residual de 10 al 15% con presencia de “*...infiltrado algodonoso en base derecha, probable asociación a congestión, además de cefalización del flujo, en ese momento sin datos de respuesta inflamatoria...*”; para el 18 de noviembre de 2019, la reportó asintomática, a la exploración física con campos pulmonares hipoventilados, principalmente en hemitórax izquierdo, ruidos cardiacos arrítmicos y extremidades con edema, por lo que solicitó estudios de laboratorio de control, cuyo resultado arrojó hiponatremia.; y finalmente el 19 de noviembre de 2019, señaló que presentó hipertensión arterial y estaba “*hemodinámicamente estable*”, a la exploración física tenía ligera palidez, campos pulmonares bien ventilados “*...con presencia de estertores en hemitórax derecho, con derrame pleural del 10% clínicamente, ruidos cardiacos arrítmicos, paciente con apoyo de oxígeno suplementario con puntas nasales...*”, le retiro sonda urinaria y agregó que del drenaje de derrame pleural fue “*trasudado*”<sup>9</sup>, así como su “*...egreso en próximos días...*”.

---

<sup>9</sup> Es un líquido acuoso que tiene poca cantidad de proteína. Es causado por la presión en sus vasos sanguíneos. La presión hace que el fluido se escape de los vasos sanguíneos al espacio pleural.

**58.** De conformidad con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se mencionó que AR1 inadecuadamente señaló que V se encontraba estable hemodinámicamente; sin embargo, presentó hipertensión arterial, datos de dificultad respiratoria y presencia de infiltrado alveolar en hemitórax derecho; además, de ser omisa en señalar la causa del derrame pleural, así como solicitar ultrasonido torácico para corroborar su resolución, ya que señaló que era “*trasudado*” (siendo éste por origen cardíaco), corrección del desequilibrio electrolítico e indicar egreso de V del HR-VGF “...*en próximos días...*”, sin haber realizado cateterismo cardíaco y brindar el manejo requerido, por lo cual incumplió con LGS, RLGS, Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, la GPCDT de la ICCPA, la GPCDT del DP y con la GPCDT de la HAPPA.

**59.** Por lo anterior, se advirtió que al persistir el derrame pleural de en V, así como la presencia de ruidos cardíacos arrítmicos y el edema en miembros inferiores, era indicativo de que V aún se encontraba en las mismas condiciones que a su ingreso al HR-VGF, lo que ameritaba la evaluación del tratamiento prescrito hasta ese momento, en el sentido de que no se tradujo en beneficio de V, lo que se corroboró días después que regresó por la misma sintomatología a ese HR-VGF.

**60.** Se advirtió que, del 20, 21 y 22 de noviembre de 2019, no se contó con las notas de evolución y egreso de V del HR-VGF; sin embargo, sí se agregaron las indicaciones de esos días, suscritas por AR1 y AR5 persona médica adscrita al Servicio de Medicina Interna del HR-VGF, en las cuales prescribieron a V dieta blanda, catéter heparinizado (sin soluciones intravenosas), medicamento, cuidados generales de enfermería, toma signos vitales por turno, oxígeno por puntas nasales a 4 litros por minuto y cuidados de sonda urinaria.

**61.** Por lo anterior, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se señaló que no fue posible pronunciarse respecto del estado de salud de V al momento de que fue dada de alta del HR-VGF, por lo que se desconocen sus condiciones médicas cuando egresó, así como el tratamiento y medidas con los cuales fue enviada a su domicilio, por lo que, las personas médicas del MI del HR-VGF que tuvieron a su cargo a V, incumplieron con la NOM-Del Expediente Clínico, además de que, de manera inadecuada fue egresada del del MI del HR-VGF, ya que cinco días después ingresó nuevamente a ese nosocomio con exacerbación de la sintomatología y en malas condiciones, por lo que se corroboró que en ese internamiento no se le brindó el manejo médico requerido ya que presentó complicaciones de derrame pleural bilateral.

**62.** Es importante mencionar que si bien, el motivo de la queja presentada por QVI ante este Organismo Nacional el 2 de diciembre de 2019, fue respecto a los hechos relacionados al internamiento de V entre el 27 y 29 de noviembre de 2019 en el HR-VGF, también lo es que el periodo descrito anteriormente, que comprende del 1 al 22 de noviembre de 2019, fue analizado en la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, toda vez que fue el mismo padecimiento que presentó V, en razón de que fue el antecedente de su ingreso, por lo que se consideró un solo padecimiento en continuidad.

**63.** Para el 27 de noviembre de 2019 a las 14:13 horas, V fue valorada en el área de TRIAGE del HR-VGF, por PSP12 quien la reportó con hipoxemia<sup>10</sup>, hipertensión arterial de 169/69 mmHg, taquipnea, frecuencia cardiaca de 63 latidos por minuto y temperatura de 36.2° C, por lo que determinó su urgencia de color amarillo (que requiere atención médica pronta pero su condición no pone en riesgo su vida o la función del órgano, con tiempo estimado de espera 30 a 60 minutos).

---

<sup>10</sup> Bajo nivel de oxígeno en la sangre.

**64.** Posteriormente, en la nota de admisión del SU del HR-VGF de 27 de noviembre de 2019 a las 15:36 horas, PSP7 valoró a V quien señaló antecedentes de hipertensión arterial sistémica y fibrilación auricular, que inició su padecimiento el 2 de noviembre de 2019, cuando acudió al HR-VGF por presentar dificultad respiratoria y dolor torácico, donde le diagnosticaron derrame pleural y requirió punción torácica evacuadora, por lo que quedó hospitalizada por 3 semanas y fue dada de alta el 22 de noviembre de 2019.

**65.** En la Opinión Médica elaborada por este Organismo Nacional se señaló que, con lo referido en el párrafo anterior, se corroboró que V continuaba al momento de su reingreso, el 27 de noviembre de 2019 al HR-VGF, con la misma sintomatología que presentó desde el 1 de noviembre de 2019, razón por la cual fue hospitalizada, por presentar nuevamente disnea de 4 días de evolución, siendo valorada previamente por PMP1 ese mismo 27 de noviembre de 2019, quien indicó realizarle tomografía de tórax simple y contrastada, la cual reportó derrame pleural izquierdo del 100% a expensas de atelectasia pulmonar<sup>11</sup> de ese mismo lado, como hallazgo se evidenció quiste ovárico simple del lado derecho, aortoescclerosis<sup>12</sup> y calcificación de arteria coronaria.

**66.** Por lo anterior, el 27 de noviembre de 2019, PSP7 estableció el diagnóstico de V derrame pleural izquierdo 100% de origen a determinar, hipertensión arterial sistémica y fibrilación auricular. Le indicó su ingreso para vigilancia del patrón respiratorio y hemodinámico, así como evacuación torácica, ayuno, catéter heparinizado, protector gástrico (omeprazol), diurético (furosemida), antihipertensivo (metoprolol), antiarrítmico (amiodarona), cuidados generales de enfermería, signos vitales cada 6 horas, oxígeno suplementario por mascarilla a 5 litros por minuto, monitorización cardíaca, realización de

---

<sup>11</sup> Colapso completo o parcial del pulmón.

<sup>12</sup> Enfermedad que afecta a la arteria aorta, la cual es encargada de llevar la sangre oxigenada del corazón al resto de los órganos del cuerpo.

punción torácica y solicitó laboratoriales de control (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de función hepática, tiempos de coagulación y gasometría arterial).

**67.** Posteriormente, obra en el expediente clínico de V, nota médica en la cual no señaló el nombre del médico que la elaboró, y en la se señaló: “...27/11/2019 18:36 *paciente con campo pulmonar ventilado de lado derecho, con disminución de la transmisión de la voz, timpanismo pulmonar, se realiza colocación de tubo endopleural obteniendo gasto de 150 ml. 28/11/2019 se evidencia disminución del gasto en hemitórax derecho, por lo que se decide pinzar tubo endopleural. En espera de retiro del mismo...*”

**68.** De igual manera, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se señaló que en la nota médica mencionada anteriormente, se omitió realizar la descripción del procedimiento de pleurostomía que se le practicó a V, con colocación de sonda en el pulmón derecho, cuando no existen datos que permitan conocer las razones que hubo para ello, lo que constituye un acto mal realizado en la atención de V, pues no hubo indicación alguna para ello, la pleurostomía requerida correspondía en el pulmón izquierdo, lugar donde se ubicó el derrame pleural al 100%; sin embargo, las constancias del expediente clínico proporcionado por el ISSSTE, no permitieron conocer la identidad de quién realizó ese procedimiento, el cual originó que V no recibiera el tratamiento adecuado, además de la molestia derivada de un procedimiento invasivo como lo es una pleurostomía; se advirtió que, se incumplió con la Guía de Práctica Clínica, Intervenciones Preventivas Para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico, que establece: “...*Realizar la verificación, en una instancia específica, donde se reúna todo el personal participante incluyendo al anestesiólogo, para corroborar: paciente correcto, el procedimiento correcto, el sitio correcto y si corresponde tipo de implante o prótesis...*”.

**69.** El 28 de noviembre de 2019 a las 05:05 horas AR6 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HR-VGF, señaló que V continuó con disnea, signos vitales estables (no fueron registrados en la nota médica), neurológicamente íntegra, campos pulmonares con ausencia de murmullo vesicular izquierdo, limitación de los movimientos pulmonares, sonda de pleurostomía derecha material serohemático, ruidos cardíacos arrítmicos, por lo que procedió a la colocación de sonda pleural izquierda en región del 5° espacio intercostal izquierdo, de la cual se obtuvo líquido serohemático, drenando escaso líquido, por lo que solicitó radiografía de tórax de control y observó sonda doblada, se trató de movilizar la misma con recolocación y se obtuvo de nueva cuenta material serohemático, se volvió a fijar y se solicitó nueva radiografía anteroposterior, refirió que V continuó con derrame pleural del 100% con alta probabilidad de ser preneoplásico<sup>13</sup>, la dejó en observación, solicitó interconsulta a neumología, agregó al manejo dieta blanda, medicamentos y la reportó con pronóstico reservado a evolución.

**70.** Sin embargo, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se advirtió que AR6 omitió solicitar la valoración por parte del especialista en neumología y que éste colocara la sonda en condiciones asépticas, con lo cual se incumplió con la GPCDT del DP y la literatura médica especializada en el tema.

**71.** Por otro lado, el mismo 28 de noviembre de 2019, PSP13 solicitó interconsulta de V al servicio de cardiotorax, por lo referido por AR6 respecto a los diagnósticos de V del derrame pleural izquierdo, hipertensión arterial sistémica y fibrilación auricular que cursaba; a las 10:00 horas del 28 de noviembre de 2019, AR7 persona médica del Servicio de Urgencias del HR-VGR, reportó que V no toleraba estar acostada y boca arriba, dependía de oxígeno suplementario nasal con mascarilla reservorio, saturando al 95%, ruidos cardíacos arrítmicos, campos pulmonares hipoventilados, pleurostomía derecha

---

<sup>13</sup> Síntomas que se pueden presentar cuando las sustancias liberadas por algunas células cancerosas perturban el funcionamiento normal de las células y tejidos cercanos.

drenaba material serohemático de aproximadamente 100 mililitros, hemitórax izquierdo con disminución del murmullo vesicular y drenaje cerrado, sin evacuar significativamente por catéter izquierdo; la radiografía de tórax mostró catéteres torácicos en posición adecuada, opacidad en hemitórax izquierdo (este patrón ocurre cuando el aire en los pulmones se reemplaza con líquido, inflamación o tejido dañado), y los resultados de laboratorio reportó leucocitosis.

**72.** AR7 señaló que V fue valorada el mismo 28 de noviembre de 2019, por AR3 quien indicó que no requería manejo quirúrgico por su Servicio; además, ese mismo día AR10 personal médico especialista en Neumología del HR-VGR, colocó a V nuevo tubo pleural a nivel en el 4° espacio intercostal izquierdo, del cual se obtuvo 400 mililitros de material serohemático, tomó biopsia de pleura y muestras de citoquímico y cultivo, y la reportó delicada e indicó su pase al MI del HR-VGF.

**73.** En la Opinión Médica de esta CNDH se señaló que *“... el reporte de que se encontró en posición adecuada, en lo relativo a la sonda del lado derecho, no conviene el hecho de que se haya colocado inadecuadamente por mala praxis como quedó asentado supra líneas. Dato para considerar es el hecho de que se haya reportado que la sonda del lado derecho tuvo un gasto de 100 ml, lo que indica que el derrame era bilateral y no solo del lado izquierdo, de otro modo era imposible que se hubiese obtenido material serohemático...”*, por lo anterior, se omitió indicar a V, por parte del personal médico tratante, antibiótico por el proceso invasivo de colocación de nuevo tubo pleural izquierdo y por haberse reportado leucocitosis en los estudios de sangre practicados a V, en cualquier caso, el personal médico incumplió con la GPCDT del DP.

**74.** En la nota médica de las 19:40 horas del 28 de noviembre de 2019, se señaló que V continuaba en el SU del HR-VGF, y fue valorada por AR8 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HR-VGF, quien manifestó que V estaba consciente, tranquila,

sin esfuerzo respiratorio, con tubo pleural derecho pinzado y tubo pleural izquierdo con gasto de 660 mililitros de material serohemático, hipertensión arterial sistémica, se envió muestra para citoquímico, citológico y cultivo, pendiente su ingreso a medicina interna, agregó medicamento analgésico (ketorolaco), opiáceo (tramadol).

**75.** Así, conforme a lo señalado en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se advirtió que la nota medica anterior, reafirma el hecho de que la sonda pleural al haber tenido el gasto registrado, confirma entonces que el diagnóstico de derrame pleural izquierdo fue incorrecto, pues era bilateral, y se reportó en la misma nota, que la sonda colocada en el 4° espacio intercostal izquierdo en segunda opción se encontraba funcionando, demostrado por el drenaje de 660 ml de material serohemático, por lo que se omitió indicar antibiótico a V, derivado del proceso invasivo de colocación de nuevo tubo pleural izquierdo y reportarse leucocitosis en la biometría hemática, situación que incumplió con la GPCDT del DP.

**76.** El 29 de noviembre de 2019 a las 12:54 horas, AR7 reportó a V con diagnósticos de derrame pleural izquierdo 50% de origen a determinar, hipertensión arterial sistémica y fibrilación auricular, cooperadora, dependiente de oxígeno por puntas nasales, saturando al 95%, tensión arterial de 135/67 mmHg, temperatura de 36° C, frecuencia cardíaca de 70 por minuto, a la exploración física no toleraba estar acostada, ruidos cardiacos arrítmicos, campos pulmonares con hipoventilación de predominio izquierdo, disminución de murmullo vesicular, sonda de pleurostomía izquierda drenando secreción serohemática de aproximadamente 200 centímetros cúbicos en turno matutino, la del lado derecho sin salida de material; solicitó estudios de laboratorio, gasometría arterial y radiografía de tórax de control.

**77.** El estudio citoquímico de líquido pleural (tomado el 28 de noviembre 2019) realizado a V, reportado el 29 de noviembre de 2019, arrojó como resultado “...*color café*,

*aspecto turbio, pH 9, hemoglobina +++++, glucosa 128 mg/dl, LHD 1914 U/L, eritrocitos 3744 mm<sup>3</sup>, crenocitos 4606 mm<sup>3</sup>, leucocitos 720 mm<sup>3</sup>...”; es decir, presencia de sangre, lo que evidenciaba un exudado<sup>14</sup>, del cual deberían indicar su origen y que, hasta ese momento, no se había establecido.*

**78.** Posteriormente, el 30 de noviembre de 2019 a las 11:00 horas, V fue ingresada al Servicio de Geriatría, por personal médico residente, de quien se desconoce su nombre ya que no lo refirió en la nota médica, con lo cual se incumplió con la NOM-Del Expediente Clínico, se reportó con diagnóstico: “...*insuficiencia cardiaca cronica descompensada con fraccion de eyeccion a determinar, nyhail/aha c, patron húmedo caliente, derrame pleural izquierdo, fibrilacion auricular chad2ds2-vasc score 5 puntos, has-bleed score 3 puntos, hipertension arterial sistemica, desequilibrio hidroelectrolitico, hiponatremia moderada cronica hipervolemica hipotonica, anemia normocitica, normocromica grado II de la oms...*”, y agregó “*sin médico de base*”.

**79.** Por lo anterior, en la Opinión Médica elaborada por este Organismo Nacional se advirtió que los médicos adscritos al Servicio de Geriatría del HR-VGF, incumplieron con la NOM-Residencias Médicas, al no contar con supervisión del médico residente y brindarle el manejo requerido a V.

**80.** El 1 de diciembre de 2019, V fue valorada por personas médicos residentes del Servicio de Geriatría del HR-VGF, quien refirió en la nota “...*sin médico de base...*”, a quien reportó con diagnóstico de derrame pleural masivo izquierdo, insuficiencia cardiaca descompensada, hipertensión arterial sistémica y fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.

---

<sup>14</sup> Líquido que se filtra desde los vasos sanguíneos hacia los tejidos cercanos, puede supurar a partir de incisiones o de zonas de infección o inflamación. También se conoce como pus.

**81.** Del 2 al 6 de diciembre de 2019, V fue valorada por AR9 persona médica adscrita al Servicio de Geriátrica del HR-VGF y médicos residentes del Servicio de Geriátrica del HR-VGF, el 2 de diciembre de 2019 la reportaron con diagnósticos de “...*derrame pleural izquierdo en estudio, insuficiencia cardíaca crónica descompensada, anemia grado II de la OMS, fibrilación auricular, hipertensión arterial sistémica, desequilibrio electrolítico y abatimiento funcional agudo (incapacidad que tiene el individuo para poder realizar actividades básicas de la vida diaria)*...”; V refirió leve dolor en el sitio de colocación de la sonda de pleurostomía izquierda, a la exploración física: orientada, ruidos cardiacos rítmicos, se señaló en la nota médica que durante su estancia en el SU del HR-VGF se obtuvo citoquímico de líquido pleural y por deshidrogenasa láctica se determinó que era exudado, por lo que se esperaba resultado de PCR para micobacteria que enviaron en urgencias y recabar el resultado de biopsia por punción pleural realizada por neumología.

**82.** El 3 de diciembre de 2019, la encontraron con mejoría del dolor en el sitio de colocación de la sonda de pleurostomía izquierda y del insomnio, signos vitales estables, sin cambios en la exploración física respecto al día previo, con drenaje de líquido pleural con sonda de pleurostomía izquierda, solicitaron tomografía de tórax simple y contrastada, hemodinámicamente estable, continuó con manejo establecido; para el 4 de noviembre de 2019, la encontraron con notable disminución del dolor en el sitio de colocación de la sonda de pleurostomía izquierda y del insomnio, signos vitales estables, estaban en espera de interpretación de tomografía de tórax, agregaron analgésico (paracetamol), resto del manejo sin cambios.

**83.** El 5 de diciembre de 2019, la reportaron a V “...asintomática, refirió familiar que pasó la noche con delirium<sup>15</sup>, paciente sin puntas nasales saturando al 77%, por lo que se

---

<sup>15</sup> Síndrome caracterizado por el inicio agudo de una disfunción cerebral, acompañado de un cambio o fluctuación del estado mental basal, inatención y bien, o pensamiento desorganizado o alteraciones del nivel de conciencia.

le recolocaron y se recuperó al 91%, se habló con familiares para retiro de sonda endopleural izquierda, se le comentó a neumología quien señaló que era necesario una biopsia, citológico y citoquímico, que era candidata a pleurodesis (se realiza para evitar la repetición de la acumulación de líquidos producidas por ciertas enfermedades) ya que las muestras no eran compatibles con malignidad y al no presentar datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, se plantearía a familiar egreso...”; y, el 6 de diciembre de 2019, señalaron que V *“...negó presencia de dolor, mejor conciliación de sueño y sin delirium, signos vitales estables, saturación de oxígeno de 96%, a la exploración física sin cambios, con disminución notable de la cantidad de líquido pleural con menos de 50 ml en la últimas 24 horas, se recabó resultado de PCR para micobacteria no detectada, biopsia pleural que evidenció alteraciones inflamatorias y cambios reactivos, negativo a malignidad...”*.

**84.** Por lo anterior, en la Opinión Médica elaborada por este Organismo Nacional se advirtió que AR9 habló directamente con PSP4, quien le hizo referencia que la muestra fue insuficiente para su estudio (sin muestra pleural), la tomografía de tórax realizada a V concluyó derrame pleural y atelectasias lobares<sup>16</sup> de manera bilateral, neumotórax izquierdo con la presencia de tubo endopleural, ambos campos pulmonares con presencia de infiltrado reticulonodular y con probable proceso neumónico, por lo anterior solicitaron valoración por angiología por lo referido en aorta; AR9 solicitó valoración a cirugía general para fijación de la sonda de pleurostomía, continuó con drenaje de líquido pleural por sonda de pleurostomía ya en escasa cantidad, dejándola pinzada para acumulación de líquido y que neumología valoraría una segunda toma de biopsia por punción, agregando hasta ese momento antibiótico de amplio espectro para el manejo de probable foco infeccioso pulmonar.

---

<sup>16</sup> Colapso de una parte (lóbulo) del pulmón.

**85.** De igual manera, en la Opinión Médica mencionada, se observó que fue tomada de manera inadecuada la biopsia de pleura por parte de AR10, sin obtención suficiente de la misma, por lo que no fue concluyente, por lo que se indicó que se necesitaba otra muestra, lo cual era someter a V a un estudio invasivo una vez más y que debió ser el idóneo desde su toma el 6 de noviembre de 2019, como lo establece la literatura médica especializada en el tema de derrame pleural.

**86.** El 6 de diciembre de 2019 a las 18:15 horas, V fue valorada por AR11 persona médico de base del Servicio de Angiología Cardiovascular adscrito al HR-VGR, quien integró el diagnóstico de “...*derrame pleural y trombo mural...*”, sugirió antiagregante plaquetario para disminuir riesgo de embolismo distal y enviar a consulta externa del Servicio de Angiología; sin embargo, AR11 omitió en ese momento indicar o solicitar angiotomografía de aorta abdominal, como fue sugerido por personal de radiología, para evitar un proceso trombótico en V, quien curaba con diversas comorbilidades y por su edad, con lo que incumplió con el RLGS.

**87.** El resultado de estudio citoquímico de líquido pleural del 6 de diciembre de 2019, arrojó “...*aspecto turbio, pH de 8.5, hemoglobina +++ , glucosa 5.00 mg/dl, LDH 2030 U/L, eritrocitos 440 mm<sup>3</sup>, leucocitos 4516 mm<sup>3</sup>, crenocitos 200 mm<sup>3</sup>, bacterias +++...*”; es decir, la presencia de sangre, deshidrogenasa láctica y datos de proceso infeccioso, lo que evidenció un exudado, del cual se debió haber indicado su origen y que hasta ese momento no se estableció.

**88.** El 7 de diciembre de 2019, V fue valorada por persona médica residente del Servicio de Geriátría (sin médico de base), quien agregó a los diagnósticos “...*probable neumonía asociada a cuidados de la salud...*”, sin dolor en sitio de sonda endopleural; para el día siguiente, no se contó con nota de evolución médica; sin embargo, sí se agregaron las indicaciones médicas (sin firma) del médico de geriatría (sin nombre

señalado), la cual se observó que se continuó con el manejo establecido previamente.

**89.** Del 9 al 12 de diciembre de 2019, V fue valorada por AR9 y personas médicas residentes del Servicio de Geriátría del HR-VGF, quienes el 9 de diciembre de 2019, establecieron el diagnóstico de V *“...derrame pleural izquierdo en estudio, neumonía asociada a servicio de salud, infección de vías urinarias, insuficiencia cardíaca crónica, anemia grado II de la OMS, fibrilación auricular, hipertensión arterial sistémica, desequilibrio electrolítico y abatimiento funcional agudo, con hiporexia (disminución del apetito), hemodinámicamente estable (sic), dejando pinzada la sonda para acumulación de líquido y que neumología valoraría una segunda toma de biopsia por punción...”*.

**90.** El 10 de diciembre de 2019, reportaron que V fue valorada por AR10, quien sugirió interconsulta al Servicio de Cirugía de Tórax para toma de biopsia quirúrgica, en ese momento V continuaba con datos de respuesta inflamatoria sistémica a consecuencia de sus dos focos sépticos diagnosticados (neumonía asociada a servicios de la salud e infección urinaria) para lo cual contaba con antibiótico y en espera de resultados de urocultivo y cultivo de líquido pleural.

**91.** El 11 de diciembre de 2019, valoraron a V, a la exploración física no emitieron cambio alguno, se dejó drenaje de pleurostomía a succión por aumento del derrame pleural izquierdo, y la reportaron como grave con pronóstico malo; finalmente el 12 de diciembre de 2019, agregaron a los diagnósticos, previamente establecidos a V, *“...lesión renal aguda AKIN I...”*, y se señaló en la nota médica *“...aun en espera de resultados de urocultivo y cultivo de líquido pleural...”*; se dejó drenaje de pleurostomía a succión por aumento del derrame pleural izquierdo, solicitaron valoración a cirugía de tórax y/o neumología para revisión y recolocación de sonda de pleurostomía, ya que no estaba funcional en ese momento, en las radiografías de tórax de control de apreciaban datos de derrame pleural izquierdo, así como imágenes sugestivas de consolidación de ambos

pulmones.

**92.** En la Opinión Médica de esta CNDH se advirtió que AR9, omitió solicitar el reporte de los cultivos y ultrasonido torácico realizados a V, con la finalidad de normar conducta de manejo y prevenir la presencia de empiema, así como solicitar cateterismo cardiaco para diagnosticar o tratar diversos problemas cardíacos y la producción del derrame pleural, que hasta ese momento no se había resuelto, y así brindar el tratamiento médico requerido por V, con lo cual incumplió con la GPCDT del DP y con la GPCDT de la HAPPA.

**93.** De igual manera, en la Opinión Médica mencionada, se señaló que los resultados de laboratorio del 9 de diciembre de 2019, arrojaron “...*desequilibrio electrolítico, proteína C reactiva 127.57 mg/dl (normal <5), procalcitonina de 8.38 ng/ml 0.5), leucocitosis de 18,030 mm<sup>3</sup> 4500-10,500), hemoglobina de 7.5 g/dl (normal 12.6-16.6), plaquetas de 586 mm<sup>3</sup>...*”; y los del 10 de diciembre de 2019 “...*con perfil de electrolitos urinarios bajos (sodio, cloro) y urea elevada; del 11 de diciembre de 2019 con péptido natriurético de 2753 pg/ml (normal <50), potasio de 6.25 mmol/l, sodio 128 mmol/l, calcio 7.6 mg/dl, magnesio 2.04, leucocitos 17,900 mm<sup>3</sup>, hemoglobina de 7.1 g/dl, plaquetas 654 mm<sup>3</sup>, creatinina de 1.47 mg/dl...*”.

**94.** Por lo anterior, se advirtió que los resultados de laboratorio señalados anteriormente indicaron datos de respuesta inflamatoria sistémica, proceso infeccioso, anemia, plaquetas elevadas, desequilibrio electrolítico y datos de falla renal en V, los cuales no fueron reportados en las notas médicas correspondientes.

**95.** El 12 de diciembre de 2019, V fue valorada por AR10, quien la reportó con derrame pleural izquierdo exudado mononuclear, la radiografía de tórax indicó derrame pleural bilateral, congestión pulmonar, cardiomegalia, y estableció el diagnóstico de derrame

pleural bilateral con datos de sobrecarga hídrica contra falla cardiaca, así como datos de “hipertensión veno-capilar”, sonda pleural adecuadamente colocada, y señaló que no requería nueva sonda pleural.

**96.** El 13 de diciembre de 2019, AR10 reportó el estudio citológico de líquido pleural y la biopsia negativa a malignidad, sin gasto por sonda pleural, sugirió ajustar niveles de sellos de agua de Pleurovac y control de este, y pendiente la tomografía de tórax; sin embargo, de acuerdo a lo señalado en la Opinión Médica de esta CNDH, fue hasta ese momento que se señaló la presencia de hipertensión arterial pulmonar, sin que AR10 indicará algún manejo para ello y solamente comentó que estaba pendiente de tomografía de tórax.

**97.** Ese mismo 13 de diciembre de 2019, continuaron las valoraciones de V por parte de AR9 y personas médicas residentes del Servicio de Geriátrica del HR-VGF, quienes la reportaron con diagnósticos de: “...derrame pleural izquierdo en estudio, neumonía asociada a servicios de salud, infección de vías urinarias, insuficiencia cardiaca crónica, anemia grado III de la OMS, fibrilación auricular, hipertensión arterial sistémica, desequilibrio electrolítica, abatimiento funcional agudo y lesión renal aguda AKIN 1...”, solicitaron estudio a radiología e interconsulta a cirugía de tórax, prescribieron transfusión de sangre, ajustaron líquidos intravenosos y medidas antihipercalemia por lesión renal aguda AKIN II e hipercalemia posiblemente relacionada a su proceso séptico pulmonar severo.

**98.** Conforme a lo señalado en Opinión Médica elaborada por personal de este Organismo Nacional, es de resaltar que AR9 omitió solicitar el reporte de los cultivos y ultrasonido torácico para normar conducta de manejo, y así prevenir la presencia de empiema, ya que se indicó proceso séptico pulmonar severo, así como solicitar cateterismo cardiaco para diagnosticar o tratar diversos problemas cardíacos y la

producción del derrame pleural, que hasta ese momento no se había resuelto, y brindar el tratamiento médico requerido por V, por lo que AR9 incumplió con la GPCDT del DP y con la GPCDT de la HAPPA.

**99.** Del 14 y 15 de diciembre de 2019, no obran en el expediente clínico proporcionado por el ISSSTE, las notas de evolución de V; sin embargo, lo que sí se agregó fueron las indicaciones médicas del 14 de diciembre de 2019, las cuales no tienen firma de la persona médico responsable, mismas que señalaron continuar con mismo manejo; el 15 de diciembre de 2019, se agregó un consentimiento informado firmado por QVI, donde se acepta realizar maniobras de reanimación básica y avanzada a V, pero no la intubación.

**100.** Del 16 y 17 de diciembre de 2019, V fue valorada por AR9 y personas médicas residentes del Servicio de Geriátría del HR-VGF, quienes el 16 de diciembre de 2019, la reportaron con anemia grado I y lesión renal aguda AKIN III de etiología multifactorial, con esfuerzo respiratorio, cansancio e hiporexia, los resultados del segundo cultivo de líquido pleural con evidencia de bacteria "*Acinetobacter Baumannii multirresistente*", solicitaron valoración por nefrología por lesión renal aguda AKIN III, el 17 de diciembre de 2019, la encontraron con crisis de ansiedad y desesperación, cansancio generalizado, hiporexia y taquipnea, neumonía asociada a servicio de la salud por "*Acinetobacter Baumannii multirresistente*", por lo que se solicitó ultrasonido torácico a recomendación del Servicio de Radiología y continuó con apoyo del Servicio de Nefrología.

**101.** En la Opinión Médica de esta CNDH, se señaló que, si bien es cierto AR9 y las personas médicas residentes del Servicio de Geriátría del HR-VGF, reportaron que V presentó infección por "*Acinetobacter Baumannii multirresistente*", la cual es una infección de tipo nosocomial, causada por la colocación de múltiples drenajes torácicos y le indicaron manejo antibiótico sugerido, también lo es que no se realizó, hasta ese momento, cateterismo cardíaco ni le brindaron el tratamiento médico requerido por V, lo

cual al inicio fue la causa del derrame pleural, incumpliendo con la GPCDT de la HAPPA, y se advirtió que, si bien se produjo infección del líquido pleural por una bacteria nosocomial; también, es que no se tuvieron las precauciones pertinentes para evitar que V desarrollará una infección grave y, en consecuencia, un empiema, como se indicó al día siguiente.

**102.** El 17 de diciembre de 2019, PSP14 concluyó en el reporte de ultrasonido de pulmón “...1. *Hemitórax izquierdo con derrame pleural asociado a lesión de aspecto sólido, a descartar tumoración pleural, vs derrame vs colección pleural izquierda. Se sugiere estudio de extensión con tomografía contrastada de tórax. 2. Escaso derrame pleural derecho...*”, advirtiéndose en la Opinión Médica elaborada por esta CNDH que ese estudio no fue solicitado para V desde un inicio y poder determinar diagnóstico preciso para normar conducta de manejo.

**103.** El 18 de diciembre de 2019, AR10 valoró a V, quien la reportó con presencia de derrame pleural izquierdo con citoquímico con criterios de exudado mononuclear (producido por neoplasias, paraneumónicos y empiemas), se le colocó sonda pleural en 6° espacio intercostal triangulo de seguridad izquierdo, con toma de muestra a patología y microbiología, obteniendo reporte de “*A. Baumannii*” en líquido pleural, y en la tomografía de tórax del 17 de diciembre de 2019, se observó “...ventana mediastinal con imagen sugerente de derrame pleural bilateral, de predominio izquierdo, en ventana aortopulmonar derrame de menos de 2 cm y paravertebral, engrosamiento pleural izquierdo, ventana pulmonar con hiperdensidad en lóbulos inferiores sugerentes de atelectasias por decúbito, laboratoriales...” con BNP (péptido natriurético auricular tipo B, se utiliza para diagnosticar insuficiencia cardiaca) de 2424, leucocitosis; es decir, V con derrame pleural que cumplía con datos para exudado, por lo que determinó un empiema, y sonda pleural sin gasto en más de 24 horas, en tomografía de tórax con derrame pleural bilateral mínimo, quien sugirió continuar con antibiótico de amplio espectro y retirar sonda pleural;

asimismo, de reincidir con derrame pleural, indicó valoración por cirugía de tórax, puesto que ya contaba con biopsia pleural y citológico negativos a malignidad.

**104.** El mismo 18 de diciembre de 2019, AR12 persona medica adscrita al Servicio de Geriátría del HR-VGF, reportó a V con tensión arterial de 130/80, taquicardia, temperatura de 36.5° C, diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica descompensada, neumonía intrahospitalaria, sepsis severa, cursando con lesión renal aguda AKIN II, leucocitosis, y le prescribió solución intravenosa con 6 ámpulas de cloruro de sodio y continuar con mismo manejo, por lo que solicitó valoración por nefrología; sin embargo, omitió indicar que continuara V bajo vigilancia estrecha y solicitar valoración por la unidad de cuidados intensivos, al reportar que cursaba con leucocitosis, que, a pesar del manejo previamente indicado, no tuvo mejoría, por lo que incumplió con la literatura médica especializada sobre las infecciones nosocomiales y con la GPCPT de sepsis y choque séptico.

**105.** En la hoja de egreso hospitalario del 19 de diciembre de 2019 a las 13:02 horas, AR9 refirió que V fue rehospitalizada por derrame pleural masivo izquierdo en estudio, manifestado por disnea en incremento, durante su estancia en geriatría se continuó con el abordaje diagnóstico de esa patología, se agregó neumonía asociada a servicios de salud con criterios de severidad y de sepsis, por lo que se tomaron los cultivos pertinentes para su estudio y se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro, debido al resultado de cultivo de líquido pleural con "*Acinetobacter Baumannii*"; además, durante su estancia mostró un deterioro progresivo multiorgánico a pesar del tratamiento indicado, con un pronóstico malo a pesar del tratamiento, se planteó a los familiares la situación y ellos decidieron su "*Egreso por máximo beneficio firmando nota de conformidad con el servicio médico de geriatría y responsiva con su egreso*", señaló diagnóstico de ingreso "*derrame pleural izquierdo*" y los diagnósticos de egreso fueron "*derrame pleural en afecciones clasificadas en otra parte y otras neumonías bacterianas*", le indicó alta en ambulancia con oxígeno a su domicilio, cita abierta a urgencias, dio datos de alarma (sin referir

cuáles), tramitar cita a geriatría en la Unidad de Medicina Familiar correspondiente.

**106.** Por lo anterior, en la Opinión Médica de esta CNDH, señaló que de manera inadecuada AR9 egresó a V por máximo beneficio, cuando el día previo fue reportada con leucocitosis de 22,630 mm<sup>3</sup> y sepsis severa, y había iniciado tres días antes con tratamiento del antibiótico “*tigeciclina*”, y aún no presentaba mejoría de su empiema, así como datos de lesión renal aguda, envió a medicina familiar para solicitar cita en su Servicio, omitió solicitar laboratorio de biometría hemática para corroborar que ya no cursará con leucocitosis e indicarle continuar con antibiótico específico por lo menos durante 14 días, la cual solo se administra por vía intravenosa, por tal motivo requería permanecer en hospitalización para su administración e indicar cita inmediata para su vigilancia, situación con la cual incumplió con la literatura médica especializada sobre el empiema y con la GPCPT de sepsis y choque séptico. Lo que se corrobora, ya que un mes después fue llevada a nosocomio particular, donde acudió con esa sintomatología en graves condiciones.

**107.** Además, se señaló que el diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar no fue establecido, por lo tanto el tratamiento no se prescribió como tal, razón por la cual el deterioro de la salud de V fue en incremento; además, se advirtió que el empiema izquierdo se debió a la acumulación de pus en la cavidad pleural, éste puede ocupar parte de la misma o toda ella, es el fluido inflamatorio y la fibrina dentro del espacio pleural, es el resultado de una infección dentro de ésta que evoluciona de líquido acuoso a una colección purulenta dentro del mismo, el origen más frecuente de empiema es a partir de focos neumónicos adyacentes que alcanzan la pleura por diseminación directa, así también se produce por punciones pleurales, como lo fue en el presente caso y que no fue adecuadamente tratada por los médicos de MI y Geriatría del HR-VGF.

**108.** El 14 de enero de 2020 a las 15:00 horas, V ingresó a internamiento en un Hospital privado, el cual proporcionó el 16 de enero de 2020, resumen médico, donde se señaló que V ingresó con los diagnósticos: “...*Enfermedad Renal Crónica agudizada + síndrome urémico + Hiperkalemia + síndrome anémico + Neumonía asociada a los servicios de salud + Derrame pleural izquierdo + Tumoración pulmonar en estudio + Urosepsis + Fibrilación auricular + Hipertensión arterial descontrolada con hipotensión + Hipotiroidismo...*”, por lo que se le brindó el manejo requerido; sin embargo, familiares de V solicitaron el 16 de enero de 2020 a las 17:10 horas, el alta voluntaria.

**109.** El personal médico del medio privado realizó una sesión de hemodiálisis a V, pese a las graves condiciones hemodinámicas que presentó, posteriormente sufrió un evento vascular cerebral que obligó a los familiares de V nuevamente a recurrir a la seguridad social del ISSSTE, por lo que solicitaron alta voluntaria. El pronóstico a su salida era malo para la función y la vida, egresó del medio privado en condiciones graves. La atención médica recibida en el medio privado correspondió a las complicaciones derivadas de los padecimientos con los que llegó por vez primera al HR-VGF el 1 de noviembre de 2019 y que fueron derrame pleural, insuficiencia cardiaca congestiva y fibrilación auricular; cuyo estudio el personal médico de HR-VGF, no pudo determinar que la hipertensión arterial pulmonar fue la que provocó la gravedad del estado de salud de V, condición que poco a poco afectó otros órganos y sistemas que finalmente coadyuvaron a la presencia de derrame pleural y empiema, y a la falla orgánica múltiple, causa del fallecimiento de V.

**110.** Posteriormente, debido a que el estado de salud era precario, debido al derrame pleural, padecimiento de inicio y que no fue adecuadamente manejado en el ISSSTE, como ya se refirió en supra líneas, el 17 de enero de 2020 14:30 horas, falleció V en su domicilio particular, en cuyo certificado de defunción se señaló como causas de muerte: “..*insuficiencia respiratoria aguda de 4 horas, insuficiencia renal agudizada, neumonía adquirida en la comunidad 1 mes e hipertensión arterial esencial...*”, diagnósticos

derivados de la evolución tórpida de la V.

**111.** Cabe señalar que, en la Opinión Médica elaborada por personal de esta CNDH, destacó que el reporte de 19 de mayo de 2020 del estudio histopatológico de la biopsia pleural (sin referir fecha; sin embargo, la única biopsia realizada fue el 06 de diciembre de 2019) a nombre V del HR-VGF, donde PSP4 determinó “...*Diagnóstico anatomopatológico Referido como biopsia de pleura. Tejido fibroconectivo con escaso infiltrado inflamatorio. Músculo sin alteraciones que describir. No se identifica pleura en esta muestra examinada. No se identifican cédulas tumorales en esta muestra examinada...*”, con lo que se corrobora que la biopsia de pleura que se obtuvo el 6 de diciembre de 2019 en el HR-VGF, estuvo mal efectuada por AR10, lo que ocasionó brindar un diagnóstico en su momento y obtener el resultado 4 meses después del lamentable fallecimiento de V.

**112.** Por todo lo antes expuesto, se concluye que, la atención médica otorgada a V del 2 al 22 de noviembre y del 27 de noviembre al 19 de diciembre de 2019, por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, adscritos al HR-VGF, fue inadecuada y negligente, vulnerando en perjuicio de V su derecho humano a la protección de la salud por inadecuada atención médica, contenido en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III y XI; 32, 33, fracciones I y II, de la LGS; 8, fracciones I y II; así como 9 y 48 del RLGS.

## **B. DERECHO A LA VIDA**

**113.** El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial sin que sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos: 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y

Deberes del Hombre, y el artículo 29, segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que dispone no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida; por lo que le corresponde al Estado, a través de sus instituciones, respetarlo protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

**114.** La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. Debido a dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio<sup>17</sup>, entendiéndose con ello, que los derechos a la vida y a la integridad personal se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de esta.

**115.** Por otra parte, la SCJN ha determinado que:

*[...] el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión del derecho a la vida por parte del Estado [...] cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias [...] tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado [...].*<sup>18</sup>

**116.** Este Organismo Nacional ha sostenido que “existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional [que], a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la

---

<sup>17</sup> CrIDH, Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232

<sup>18</sup> SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, pág.24.

Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”.

**117.** En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 personal médico del HR-VGF, también son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida. Al delimitarse las responsabilidades derivadas de las negligencias médicas descritas en los párrafos que anteceden, ésta disminuyó el acceso a una atención médica oportuna que agotara todas las posibilidades para lograr la valoración adecuada de diagnóstico, lo que causó el deterioro de sus condiciones de salud, trayendo como desenlace su posterior fallecimiento.

**118.** Lo anterior, toda vez que se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 incurrieron en una inadecuada atención médica, al no realizar una correcta valoración clínica del estado de salud de V en el tratamiento médico necesario y suficiente durante la hospitalización comprendida del del 2 al 22 de noviembre y del 27 de noviembre al 19 de diciembre de 2019, incurrieron en inobservancia LGS, el RLGS, con el con el Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, con la GPCDT de la ICCPA, con la GPCDT del DP, con la GPCDT de la HAPPA, con la Guía de GPCDT de la FA, con la Guía de Práctica Clínica, Intervenciones Preventivas Para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico y con la literatura médica especializada.

**119.** Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el mencionado artículo 4º, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. En el

presente caso las personas servidoras públicas del HR-VGF omitieron e incumplieron considerar el estado integral de V a quien, al no haber agotado los medios correspondientes ya indicados en el cuerpo de la presente Recomendación, incurrieron en negligencia por omisión al no realizar los diagnósticos y el tratamiento oportuno necesario que debía aplicarse, quien posteriormente fallecería.

### **C. DERECHO AL TRATO DIGNO POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V COMO PERSONA ADULTA MAYOR**

**120.** Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de persona adulta mayor, específicamente el derecho a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad por tratarse de una persona adulta mayor al momento de los hechos; por lo que, atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria y adecuada por parte del personal médico del HR-VGF.

**121.** El artículo 1, párrafo quinto, de la Constitución Política establece la prohibición de cualquier acto "(...) que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas"; a su vez, los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

**122.** El artículo 3, fracción I, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores señala como personas adultas mayores a quienes tienen 60 años o más. También, en su fracción IX, indica que la atención integral debe satisfacer "(...) las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores, con la finalidad de que vivan

una vejez plena y sana, considerando sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias”.

**123.** Los artículos 17, párrafo primero, del “Protocolo de San Salvador”; 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, establecen que constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

**124.** Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México<sup>19</sup>, explica con claridad que “para las personas mayores ejercer plenamente el derecho humano a la protección de la salud implica la realización de diversas acciones afirmativas. Atendiendo a la información expuesta en este estudio, se estima que, aun cuando la cobertura de servicios se percibe elevada en términos cuantitativos, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios. Se trata de un problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.”<sup>20</sup>

**125.** A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas adultas mayores, se publicó la Ley de los Derechos de las

---

<sup>19</sup> Publicado el 19 de febrero de 2019.

<sup>20</sup> CNDH, párrafo 418, pág. 232

Personas Adultas Mayores<sup>21</sup>, en cuyo artículo 4, fracción V, dispone como principio rector la atención preferente, la cual es considerada como “(...) aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores”.

**126.** Además, entre otros derechos de las personas adultas mayores previstos en el artículo 5, fracciones I, III y IX del citado ordenamiento legal, se señalan: el derecho de la integridad, la dignidad y preferencia, y los derechos a la salud y de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta Ley, conforme a su artículo 10, es propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social, a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social.

**127.** En el artículo 18 del citado ordenamiento normativo, indica que corresponde a las instituciones públicas del sector salud, garantizar a las personas mayores el derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica.

**128.** También, es importante señalar que, en el párrafo 93 de la Recomendación 8/2020, se destacó: “Este derecho de las personas mayores implica, correlativamente, una obligación por parte de las autoridades del Estado, por un lado, garantizarlo y por el otro, protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria”.

---

<sup>21</sup> Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002

**129.** El trato preferencial constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas adultas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos<sup>22</sup>; como en el presente caso en que se vulneraron los referentes a la salud de V, quien no recibió atención médica adecuada acorde a su padecimiento y gravedad, ya que las omisiones descritas contribuyeron a que su estado de salud se agravara y derivara en la pérdida de su vida.

**130.** La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad, a aquel “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas”<sup>23</sup>. A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

**131.** En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.”<sup>24</sup>

**132.** Considerando lo expuesto, el personal médico del HR-VGF, debió tomar en cuenta que, en el caso de V se trataba de una persona que presentaba una condición de vulnerabilidad, ya que era una persona adulta mayor, por lo tanto, su atención tenía que ser prioritaria, oportuna e inmediata, atendiendo a su diagnóstico y padecimientos.

---

<sup>22</sup> Recomendación 260/2022, párrafo 86

<sup>23</sup> Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, Nueva York, ONU, 2003, p. 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, p. 24; 23/2020, p. 26, y 52/2020, p. 9.

<sup>24</sup> Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

**133.** El artículo 10, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, establece que se deben propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental de los adultos mayores, preservando su dignidad como ser humano, procurando una mayor sensibilidad y conciencia social a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social; contrario a ello, el enfoque de atención médica por el ISSSTE fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque pro persona.<sup>25</sup>

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

**134.** El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política, establece que: “Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información”, y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

**135.** La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.

**136.** El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas

---

<sup>25</sup> El principio pro persona se refiere a que, en caso de que un juez o autoridad tenga que elegir qué norma aplicar a un determinado caso, deberá elegir la que más favorezca a la persona, sin importar si se trata de la Constitución, un tratado internacional o una ley. Bajo esta lógica, el catálogo de derechos humanos ya no se encuentra limitado a lo prescrito en el texto constitucional, sino que también incluye a todos aquellos derechos que figuran en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano. Recuperado de <https://www.gob.mx/segob/articulos/en-que-me-beneficia-el-principio-pro-persona#:~:text=El%20principio%20pro%20persona%20es,10%20de%20junio%20de%202011> consultado el 22 de mayo de 2023.

con la salud.” 41 .

**137.** Por otra parte, se debe considerar que, la NOM-Del Expediente Clínico advierte que:

*(...) el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).<sup>26</sup>*

**138.** En la Recomendación General 29 Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, esta Comisión Nacional consideró que: “La debida integración de un expediente clínico 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 consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”<sup>27</sup>

**139.** También se ha establecido en diversas Recomendaciones que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: I. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; II. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; III. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica

---

<sup>26</sup> [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787)

<sup>27</sup> CNDH, del 31 de enero de 2017, párrafo 35.

tratante; IV. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y V. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.<sup>28</sup>

**140.** Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente Clínico, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación<sup>29</sup>.

**141.** En la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional el 13 de diciembre de 2023, se observó que personas servidoras públicas del HR-VGF, no integraron al expediente clínico de V todas las notas de tratamiento y evolución médico que le realizaron, a pesar de que esta Comisión Nacional las requirió en varias ocasiones al ISSSTE, contraviniendo lo establecido en la NOM-Del Expediente Clínico, como quedo ampliamente descrito en el capítulo de vulneración al derecho humano a la protección de la salud.

**142.** Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la NOM-Del Expediente Clínico, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de diversas

---

<sup>28</sup> CNDH, *Ibidem*, párrafo 34, y Recomendaciones: 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.

<sup>29</sup> Óp. Cit., y 21/2019, 26/2019, 23/2020, 35/2020,42/2020, 43/2020, 44/2020, 45/2020, 52/2020, 1/2021, 5/2021, 70/2022, 77/2022,85/2022, 91/2022, 100/2022, 250/2022, 6/2023, 88/2023 y 14/2023.

Recomendaciones, como la General 29/2017.

## **E. RESPONSABILIDAD**

### **E.1 Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas**

**143.** Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, la inadecuada atención médica que proporcionaron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, personas servidoras públicas adscritas al HR-VGF, al advertirse violaciones al derecho a la protección de la salud, a la vida y al trato digno en agravio de V persona adulto mayor, por lo que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, quienes incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, en el periodo comprendido del 2 al 22 de noviembre de 2019, al omitir indicar antiarrítmico, solicitar protocolo de estudio para el derrame pleural, determinar su origen, manejo médico e invasivo para su resolución y realizar cateterismo cardíaco, por lo que inadecuadamente causaron a V hemotórax, determinaron que presentaba trombo intracavitario y la egresaron sin la resolución de sus patologías y sin brindarle el manejo médico requerido.

**144.** De igual forma fue evidenciado que, en el periodo comprendido del 27 de noviembre al 19 de diciembre de 2019, V fue atendida en el SU, MI y Geriatria del HR-VGF, y valorada por AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, quien continuó con derrame pleural izquierdo 100% de origen a determinar, hipertensión arterial sistémica y fibrilación auricular, le colocaron inadecuadamente sonda pleural derecha, cuando inicialmente era izquierda, omitieron prescribir antibioticoterapia profiláctica, solicitar el reporte de cultivos y ultrasonido torácico para normar conducta, así como solicitar cateterismo cardiaco, no se tuvieron las precauciones pertinentes para evitar que V desarrollará una infección grave y en consecuencia un empiema, siendo una patología grave y de elevada mortalidad, continuar con drenaje pleural hasta su resolución y realizar valoración en caso de requerir manejo quirúrgico, solicitar valoración por la unidad de

cuidados intensivos, indicar que continuará hospitalizada para administración con antibiótico “tigeciclina” por lo menos 14 días, el cual solo se administra vía intravenosa; determinaron inadecuadamente se le retirará sonda pleural y que en caso de recaída, se solicitará valoración por cirugía torácica, así como haberla egresado por máximo beneficio.

**145.** Se advirtió de que el 2 y 30 de noviembre, así como el 1 y 9 de diciembre de 2019, los médicos adscritos al Servicio de Geriátrica y al MI del HR-VGF, incumplieron con la NOM-Residencias Médicas, al no realizar supervisión de los médicos residentes de dichos servicios.

**146.** Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 quienes trataron a V en el HR-VGF, evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable, dado que todas las personas servidoras públicas deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, y para la efectiva aplicación de dichos principios, deben de cumplir además, con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o bien, implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

**147.** En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 63 del Reglamento Interno de esta Comisión Nacional, se cuenta con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, solicite al ISSSTE la instrucción a quien corresponda, a fin de que se colabore ampliamente en la presentación y seguimiento de la aportación de los elementos probatorios expuestos en el presente instrumento recomendatorio, al Expediente QOIC radicado ante el entonces Órgano Interno de Control Específico en ese Instituto.

## **E.2 Responsabilidad Institucional**

**148.** Conforme al párrafo tercero del artículo 1º constitucional que a la letra versa: “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tiene la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”

**149.** La promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidos en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado Mexicano. Su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados.

**150.** El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado, para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y los que conforman el Sistema

de las Naciones Unidas.

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

**152.** La responsabilidad institucional generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de las personas adultas mayores, corresponde al ISSSTE, toda vez que no se brindó atención médica de manera adecuada y oportuna a V, acorde con lo previsto en los artículos 48 y 72, del RLGS, por lo que el ISSSTE es responsable solidario del incumplimiento de esa obligación, de acuerdo con la propia normatividad, y en consecuencia, se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar esas prácticas.

## **F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO**

**153.** Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva

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

**154.** Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones II, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 126, fracción VIII, 130 y 131, de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad en la materia aplicable al caso concreto, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, al trato digno en materia de salud, en consecuencia el derecho a la vida de V, se deberá inscribir a V, así como a QVI, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que QVI tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas.

**155.** Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*, así como diversos criterios de la CrIDH que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

**156.** Al respecto, la CIDH refirió en la sentencia relacionada al “*Caso Espinoza González vs. Perú*” que, “(...) *toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado*”, de igual forma precisó que “(...) *las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos*”.<sup>30</sup>

**157.** En consecuencia, el ISSSTE deberá realizar las siguientes acciones con la finalidad de otorgar una reparación integral a la víctima conforme a las siguientes consideraciones:

**a) Medidas de rehabilitación**

**158.** Las medidas de rehabilitación buscan facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, entre cuyas medidas se incluye la prestación de servicios de asesoría jurídica, tendientes a facilitar el ejercicio de los derechos de las víctimas y a garantizar su disfrute pleno, de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices Principios y Directrices Sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y de Violaciones Graves del Derecho Internacional Humanitario a Interponer Recursos y Obtener Reparaciones, en el cual la rehabilitación incluye “*la atención médica y psicológica y/o psiquiátrica, así como servicios jurídicos y sociales*”.

**159.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción II, y 63 de la Ley General de Víctimas; y como consecuencia de los hechos materia de la presente

---

<sup>30</sup> Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

Recomendación, el ISSSTE deberá proporcionar a QVI la atención psicológica y/o tanatológica en caso de que la requiera, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para la víctima, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a QVI para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

#### **b) Medidas de compensación**

**160.** Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III, y 64 al 72, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”<sup>31</sup>.

**161.** La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como: el daño moral, el lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

---

<sup>31</sup> Caso Bulacio vs Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.

**162.** Para cuantificar el monto de la indemnización, la CrIDH estableció los siguientes parámetros: a) Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la citada CrIDH como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

**163.** El otro parámetro para cuantificación del monto de la indemnización establecido por la CrIDH es b) Daño inmaterial. Comprende, tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de esta. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas directas e indirectas.

**164.** Para tal efecto, el ISSSTE deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción de V, así como de QVI en el Registro Nacional de Víctimas, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice ante la CEAV de la presente Recomendación, y que esté acompañada del Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la reparación integral del daño a QVI, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento; ello para dar atención al punto recomendatorio primero.

**165.** De conformidad con el artículo 97, 98 y 99 de la Ley General de Víctimas, la solicitud de inscripción al Registro Nacional es un trámite que podrá realizarse de manera personal y directa por la víctima, así como a través de su representante legal o las autoridades competentes. No obstante, en aquellos casos en los cuales las víctimas acreditadas en la presente Recomendación no acudan ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) a solicitar su inscripción, o bien las autoridades competentes para realizar la inscripción no cuenten con los elementos necesarios para tal caso, se les deberá dejar a salvo sus derechos ante dicha CEAV, para cuando ésta así lo requiera, inicie con el proceso respectivo; ello en atención a que los derechos de humanos son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

**166.** De igual forma, y en el mismo tenor, en el caso de que la víctima de violaciones a derechos humanos se encuentre inscrita en Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y ésta no haya iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúe con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; para que cuando ésta así lo solicite ante la CEAV se inicie o retome el proceso correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero de la Constitución Federal, así como el numeral 7 de la Ley General de Víctimas, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de la víctima, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

**c) Medidas de satisfacción**

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

públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

**168.** En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al ISSSTE colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el seguimiento de la QOIC que se inició en el entonces Órgano Interno de Control Específico en ese Instituto por los hechos materia de esta Recomendación, a efecto de que dicho órgano fiscalizador investigue la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia del instrumento recomendatorio, así como las evidencias que la sustentan, a fin de que resuelva lo que conforme a derecho proceda, por las omisiones precisadas en el presente pronunciamiento, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

**169.** Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

**d) Medidas de no repetición**

**170.** Las medidas de no repetición consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención, para lo cual, el Estado deberá adoptar todas las medidas legales y administrativas, y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 27 fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas.

**171.** En este sentido, es necesario que las autoridades del ISSSTE, diseñe e impartan en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación dirigido de manera específica a AR1,

AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, así como a las personas médicas adscritas en los Servicios de Urgencias, Medicina Interna y Geriátrica del HR-VGF, en los temas de derechos humanos a la protección de la salud y a la vida con un enfoque diferenciado para las personas adultas mayores, para garantizar una atención médica adecuada sobre la observancia y contenido de la LGS, el RLGS, el Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, la GPCDT de la ICCPA, la GPCDT del DP, la GPCDT de la HAPPA, la Guía de GPCDT de la FA, la Guía de Práctica Clínica, Intervenciones Preventivas Para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico, la NOM-Residencias Médicas, la NOM-Del Expediente Clínico y con la literatura médica especializada, a fin de que la violación a los derechos humanos sufrida por V, no vuelva a ocurrir, y el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

**172.** Todos los cursos de capacitación serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en materia de derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de ese Instituto que los reciba, en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o constancias otorgadas a los asistentes. También se deberá mencionar en cada curso, que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación. Hecho lo anterior, se deberán enviar a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

**173.** Una vez aceptada la presente Recomendación, con el objeto de prevenir hechos como los expuestas en el presente pronunciamiento, en el plazo de dos meses, se deberá emitir una circular dirigida de manera específica a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, así como al personal médico adscrito en los Servicios de Urgencias, Medicina Interna y Geriátrica del HR-VGF, en el que incluya las medidas

adecuadas de prevención y supervisión en los temas de derechos humanos a la protección de la salud, y a la vida con un enfoque diferenciado para las personas adultas mayores, para garantizar una atención médica adecuada, conforme a la legislación nacional e internacional, así como la GPCDT de la ICCPA, la GPCDT del DP, la GPCDT de la HAPPA, la Guía de GPCDT de la FA, la Guía de Práctica Clínica, Intervenciones Preventivas Para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico, la NOM-Residencias Médicas, la NOM-Del Expediente Clínico y con la literatura médica especializada; hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar su cumplimiento del quinto punto recomendatorio, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

**174.** En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas 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.

**175.** En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a usted, señora directora general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

## **V. RECOMENDACIONES:**

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

**SEGUNDA.** En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar a QVI la atención psicológica y/o tanatológica en caso de que la requiera, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para la víctima, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a QVI para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es su derecho, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**TERCERA.** Se colabore ampliamente con las autoridades investigadoras, en el seguimiento de la QOIC que se inició en el entonces Órgano Interno de Control Específico de ese Instituto por los hechos materia de esta Recomendación, a efecto de que dicho órgano fiscalizador investigue la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia

del instrumento recomendatorio, así como las evidencias que la sustentan, a fin de que resuelva lo que conforme a derecho proceda, por las omisiones precisadas en el presente pronunciamiento, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

**CUARTA.** Se diseñe e impartan en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación dirigido de manera específica a de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, así como al personal médico adscrito en los Servicios de Urgencias, Medicina Interna y Geriátrica del HR-VFG, sobre la observancia y contenido de la LGS, el RLGS, el Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, la GPCDT de la ICCPA, la GPCDT del DP, la GPCDT de la HAPPA, la Guía de GPCDT de la FA, la Guía de Práctica Clínica, Intervenciones Preventivas Para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico, la NOM-Residencias Médicas, la NOM-Del Expediente Clínico y con la literatura médica especializada, a fin de que la violación a los derechos humanos sufrida por V, no vuelva a ocurrir, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano; y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**QUINTA.** En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida de manera específica a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 así como al personal médico adscrito en los Servicios de Urgencias, Medicina Interna y Geriátrica del HR-VFG, en el que incluya las medidas adecuadas de prevención y supervisión en los temas de derechos humanos a la protección de la salud, y a la vida con un enfoque diferenciado para las personas adultas mayores, para garantizar una atención médica adecuada, conforme a

la legislación nacional e internacional, así como la GPCDT de la ICCPA, la GPCDT del DP, la GPCDT de la HAPPA, la Guía de GPCDT de la FA, la Guía de Práctica Clínica, Intervenciones Preventivas Para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico, la NOM-Residencias Médicas, la NOM-Del Expediente Clínico y con la literatura médica especializada; hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

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

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

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

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

**PRESIDENTA**

**MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA**

**BVH**