

RECOMENDACIÓN No. 255/2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 58 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 16 de diciembre de 2022

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

Distinguido director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II, inciso a) y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2021/7333/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en el Hospital General Regional número 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tlalnepantla, Estado de México.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78, primer párrafo, segunda parte 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, párrafo último y 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

SIGNIFICADO	CLAVE
Víctima directa.	V
Quejoso y víctima indirecta.	QV
Autoridad Responsable.	AR
Persona Servidora Pública.	PSP
Queja Médica	QM

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas instituciones y ordenamientos se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán ser identificados como sigue:

DENOMINACIÓN	CLAVE-SIGLAS
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	CPEUM / Constitución Política

Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	CNDH / Comisión u Organismo Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico, y Tratamiento de la Hemorragia Aguda del Tubo Digestivo Alto no Variceal, en los Tres Niveles de Atención.	Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia del Tubo Digestivo
Hospital General Zona No 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Estado de México	Hospital General
Unidad de Medicina Familiar No 58 en el Estado de México	UMF-58
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Ley General de Salud
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2/2009. Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica	NOM-De la Hipertensión Arterial Sistémica
Organización Mundial de la Salud	OMS
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la Ley General de Salud
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. El 17 de agosto de 2021, se recibió la queja presentada por QV, quien manifestó que su madre V, de 72 años de edad, ingresó al Hospital General con la finalidad que se le practicara una endoscopia, donde personal del IMSS le informó que le realizarían ese estudio sin proporcionarle mayor información, por lo cual personal de

la CNDH inició las diligencias correspondientes con el Área de Gestión de dicho Instituto.

6. El 23 de agosto de 2021, personal del Área de Gestión del IMSS, informó a esta Comisión Nacional, respecto de las acciones realizadas a efecto de brindar atención a V, que ésta presentó lesión renal aguda, infección en las vías urinarias, sepsis, contando con valoración preoperatoria con tratamiento antibiótico.

7. El día 30 de agosto de 2021, se recibió, vía correo electrónico, en esta Comisión Nacional por parte del IMSS, un informe en el que se reportó grave a V, ya que presentaba un deterioro neurológico y se había comentado con familiares sobre posible intubación puesto que contaba con una saturación de oxígeno de 92%.

8. Sin embargo, el día 21 de septiembre de 2022, a las 17:00 horas, V falleció en el Hospital General, del IMSS en donde se certificó como causa de defunción *choque séptico y fistular entero vesical*.

9. Con motivo de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente de queja **CNDH/5/2021/7333/Q**, y para documentar las violaciones a derechos humanos se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones y análisis de las pruebas de esta recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. Acta circunstanciada de fecha 17 de agosto de 2021, en la cual se certifica la queja interpuesta por QV el mismo día a favor de su madre V, de 72 años.

11. Acta circunstanciada de fecha 18 de agosto de 2021 en la que el Visitador Adjunto de este Organismo Nacional, hizo constar la comunicación telefónica sostenida con QV.

12. Acta circunstanciada de fecha 23 de agosto de 2022, por las cuales se hizo constar la recepción de las comunicaciones electrónicas enviadas por personal del Área de Gestión del IMSS, en los que se informó el estado de salud y diagnósticos que presentaba V dentro del Hospital General.

13. Correo electrónico recibido en este Organismo Nacional el 23 de agosto de 2021, en la que el IMSS, remitió información respecto de las acciones realizadas a efecto de brindar atención médica a V, precisando que se encontraba con lesión renal aguda, infección en las vías urinarias, sepsis, contando valoración preoperatoria con leucocitos en 1600, y recibiendo tratamiento antibiótico:

14. Mediante oficio 095503614033/504 de fecha 29 de noviembre de 2021, signado por la Titular de División del IMSS, de ese mismo mes y año, a través del cual dio respuesta a la solicitud de información formulada por esta Comisión Nacional con relación a los hechos motivo de la queja, y adjuntó copia del expediente clínico de V, del que se observaron, entre otros, los documentos siguientes:

14.1. Nota TRIAGE de la UMF-58 de fecha 13 de agosto de 2021, suscrita PSP1, quien señaló que V, presentó hipotensión 90/60 mmHg frecuencia cardiaca normal 70 latidos por minutos y frecuencia respiratoria normal de 18 respiraciones por minuto.

14.2. Nota medica de fecha 14 de agosto de 2021, sin horario suscrita por AR1, quien solo indicó que V presentaba signos vitales con tensión arterial 107/52, saturación de

oxígeno normal al 98% y resto de signos normales, asentando que presenta rectorragia¹, entre otras cosas.

14.3. Nota médica de fecha 15 de agosto de 2021, signada por AR2, de quien se desconoce nombre y cargo por estar ilegible la nota, quien asentó que V, cursaba con hipotensión de 90/60 mg y saturación de oxígeno de 90%, presentando hipoxemia moderada.

14.4. Nota médica suscrita por AR3, a las 21:50 horas del 16 de agosto de 2021, quien diagnóstico a V con sangrado de tubo digestivo bajo, hipertensión arterial sistémica y síndrome anémico agudo.

14.5. Nota medica médica de 17 de agosto de 2021, a las 08:10 horas, en la que AR4, persona de quien se desconoce su nombre y cargo por ser ilegible, plasmó que V, presentaba diagnóstico de Hemorragia de tubo digestivo alto.

14.6 Nota de evolución Vespertina de fecha 17 de agosto de 2021, signado por AR5, mediante la cual integró diagnóstico de Hemorragia de tubo digestivo inactivo, sepsis origen urinario, hipoglucemia, paciente neurológicamente desorientada con palidez de tegumentos.

14.7 Nota médica suscrita por AR6 a las 10:40 horas del 18 de agosto de 2022, en la que se estableció el estado en que se encontraba V a ese momento.

¹ Presencia de sangre fresca roja, rutilante por recto

14.8. Nota médica de fecha 19 de agosto de 2021, a las 12:42 horas, en donde AR7, reportó a V, con presión arterial 90/50.

14.9. Nota médica de fecha 20 de agosto de 2021, en donde AR8 realizó un análisis de todos los diagnósticos de V, haciendo hincapié en su paulatino deterioro.

14.10. Nota de médica del 22 de agosto de 2021, por la cual AR9, reportó que V, tenía signos vitales dentro de las cifras normales con fluctuación de estado neurológico ya que por la mañana solo emitía sonidos incomprensibles y por la tarde desorientada se encontraba hablando.

14.11 Nota médica del 24 de agosto de 2021, en donde AR11, asentó que V, se le detectó potasio 2.65 mEq con sodio de 157 mEq.

14.12. Nota medica de fecha 27 de agosto de 2021, en la cual AR10, estableció que V, se encontraba con: “*estupor Glaswov 12 puntos*”².

14.13. Nota de evolución signada por AR13, el 03 de septiembre de 2021, quien estableció como diagnósticos de V, “PO de aseo quirúrgico de ulcera sacra colocación de sistema VAC evento vascular cerebral isquémico o infarto parietal izquierdo, síndrome diarreico, hemorragia digestiva alta ulcera por presión grado IV en región sacra hipotiroidismo subclínico, anemia grado II normocítica, normocrómica”.

14.14. Nota de evolución y gravedad de jornada acumulada de fecha 05 de septiembre de 2021, donde AR12, estableció los diagnósticos de evento vascular cerebral isquémico, sangrado, digestivo inactivo hipernatremia remitida anemia

² Calificación neurológica de estado de consciencia siendo lo normal calificación de 15.

grado I de la OMS y trombocitopenia leve. “encontraba en protocolo por Dx por probable Ca de Ovario derecho con CA 125 1,000, por lo que se solicita estudio, pronóstico malo para la vida y la función.”

14.15. Nota médica de fecha 09 de septiembre de 2022, en donde AR14, anotó pendiente un estudio de tomografía abdomen y pelvis contrastada por antecedentes de elevación de a125 y protocolo por posible masa anexial.

14.16. Nota de evolución y de gravedad del 12 de septiembre de 2021, en la que AR12, asentó que a las 09 horas del mismo día V, fue sometida a una segunda debridación³ de la escara sacra.

14.17 Nota médica suscrita el 14 de septiembre de 2021, por AR15, quien indicó “ayer se iniciaron aminas a dosis mínimas con sospecha de choque hipovolémico y séptico, el día de hoy se transfunde último paquete globular”.

14.18. Nota médica suscrita por AR17 el 17 de septiembre de 2021, en donde asentó que V, presentaba escaras en talones además de la escara sacra grado IV, y en donde se continuó con el tratamiento para enfermedad vascular isquémico.

14.19. Notas médicas de fecha 18 y 19 de septiembre de 2021 en donde AR16, realizó notas médicas de jornada acumulada, destacando que ese mismo día 18 de septiembre V, fue sometida a otro evento de debridación.

³ Limpieza quirúrgica

14.20. Certificado de defunción emitido por la Secretaría de Salud, en el que se estableció que el deceso de V, ocurrió a las 17:00 horas del 21 de septiembre de 2021, en el Hospital General, por choque séptico y fistula entero-vesical.

15. Acta circunstanciada de fecha 07 de septiembre de 2021, suscrita por personal de este Organismo Nacional, en la que se hace constar que el 03 de ese mismo mes y año, se recibió correo electrónico de parte de personal de Atención al Derecho Habiente del IMSS, en el que se precisó que a esa fecha V se encontraba bajo tratamiento con analgésicos en el área de Urgencias del Hospital General, con diagnóstico de lesión renal aguda, infección en las vías urinarias, reportándola estable, con sangrado en tubo digestivo inactivo, en espera de practicarle un lavado quirúrgico.

16. Opinión médica de 25 de noviembre de 2022, emitida por una especialista de esta Comisión Nacional, quien concluyó que la atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17, fue inadecuada.

17. Acta circunstanciada de fecha 08 de diciembre de 2022, en la que se certificó una comunicación telefónica con QV, para darle vista de la opinión médica por parte de personal especializado de este Organismo Nacional.

18. Acta circunstanciada de fecha 08 de diciembre de 2022, en la que se hizo constar la recepción de un correo electrónico enviado por personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, en el que se informó a esta Comisión Nacional que se inició el expediente QM, relacionada con el caso de V y el 2 de septiembre de 2022, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS declaró como improcedente la QM.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

19. Mediante comunicación electrónica del 8 de diciembre de 2022, personal de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, informó a esta Comisión Nacional que se inició la QM, relacionada con el caso de V, la cual el 2 de septiembre de 2022, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS declaró como improcedente la QM.

20. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se cuenta con constancias que acrediten el inicio de algún procedimiento de responsabilidades administrativas ante el Órgano Interno de Control en el IMSS o procedimiento ante autoridad ministerial en relación con los hechos materia de queja.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

21. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/5/2021/7333/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección 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 aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la vida, a la protección a la salud, y al acceso a la información en materia de salud de V QV, atribuibles a personal médico del Hospital General; lo anterior en razón de las consideraciones que se exponen a continuación.

A. Situación de vulnerabilidad de las personas adultas mayores que padecen enfermedades crónicas, como hipertensión arterial sistémica

22. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de adulto mayor, específicamente a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad, por tratarse de una persona de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial, por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la CPEUM y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal del Hospital General.

23. 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.”*⁴ 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.

24. En el sistema jurídico mexicano, conforme a lo dispuesto en el artículo 5° fracción VI de la Ley General de Desarrollo Social, 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.”*

⁴ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, parr. 8; CNDH, Recomendación 26/2019, p. 24; CNDH, Recomendación 23/2020, p. 26. CNDH, Recomendación 52/2020, parr. 9. CNDH, Recomendación 42/2021, p. 17.

25. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas consideradas adultos mayores, el 25 de junio de 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en cuyo artículo 3o. fracción I se define que son: *“Aquéllas que cuentan con sesenta años o más de edad”*; y en el diverso 4o. fracción V dispone como principio rector del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como *“...aquélla 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.”*

26. Asimismo, entre otros derechos de las personas adultas mayores, previstos en el artículo 5. fracciones I, III y IX de la citada Ley señalan: el derecho de la integridad, dignidad y preferencia; derecho a la salud y derecho de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta ley, conforme al 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.

27. Esta Comisión Nacional, advierte que, las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, porque tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal derecho, los efectos pueden

ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria.⁵

28. Al respecto, la NOM-De la Hipertensión Arterial Sistémica establece que dicho padecimiento multifactorial es caracterizado por el aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes mayor que 140/90 mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes mayor que 130/80 mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal mayor que 125/75 mmHg, además de que entre 1.5 a 5% de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a hipertensión arterial sistémica.

29. En el presente caso, la especialista de este Organismo Nacional advirtió que V contaba con 72 años, con antecedentes patológicos previos consistente en hipertensión arterial sistémica de larga evolución y además antecedentes de gastropatía⁶ y anemia⁷.

30. Considerando lo expuesto, el personal médico del Hospital General debió tomar en cuenta que en el caso de V, se trataba de una persona que presentaba una condición de vulnerabilidad, ya que, era adulta mayor y padecía las enfermedades crónicas antes indicadas —hipertensión arterial sistémica, anemia y gastropatía—, por tanto, su atención tenía que ser preferente, prioritaria e inmediata; sin embargo, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17 no realizaron todos los actos necesarios con la debida diligencia para que la agraviada fuese atendida médicamente con relación a la sintomatología que presentó durante su ingreso a dicho nosocomio, y así como realizar un

⁵ CNDH. Recomendaciones 82/2019, 52/2020, 42/2021 y 144/2022.

⁶ Enfermedad gástrica.

⁷ Hemoglobina baja

diagnóstico certero, ocasionando que no se otorgara el seguimiento debido y oportuno, contribuyendo, no solo al deterioro de su estado de salud, sino a su fallecimiento, como se describirá y analizará en los apartados siguientes.

B. Derecho a la protección de la salud

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

32. En el cuarto párrafo del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.⁸

33. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que *“la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos 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.”*⁹

⁸ Ley General de Salud, artículo 1o. Bis. - Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud.

⁹ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCROBSEVACION GENERAL 14.

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

35. Esta Comisión Nacional ha reconocido que el derecho a la salud, también debe entenderse como una prerrogativa de exigir al Estado, un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud y 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, aceptabilidad, y calidad*”.¹⁰

36. Además, que la protección a la salud “*(...) es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.*”¹¹

B.1 Violación al derecho humano a la salud de V, por inadecuada atención médica en el Hospital General del IMSS

37. En el caso que nos ocupa, se advirtió que el 13 de agosto de 2021, V fue ingresada al servicio de Urgencias del Hospital General, siendo referida de la UMF-58, donde fue valorada por PSP1, debido a que acudió por presentar melena en

¹⁰ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 24.

¹¹ *Ibidem*.

evacuaciones¹² de 3 días de evolución, al cuadro se agregó pérdida de peso de 15 kilogramos en menos de 3 meses, y un marcador tumoral que orientaba a pensar en un probable cáncer de ovario.

38. El día 14 de agosto de 2021, se logra advertir una nota sin horario suscrita por AR1, quien indicó que V persiste con rectorragia¹³ a la exploración física la reportó con palidez de tegumentos¹⁴, sin datos de irritación peritoneal con plan de manejo omeprazol, dexametasona 8mg cada 8 horas, endoscopía.

39. Sobre lo cual, a decir del especialista de esta CNDH, AR1 además de realizar una nota médica escueta, también efectuó una exploración física lacónica al omitir un interrogatorio completo, hacer un tacto rectal para comprobar el tipo de sangrado y posible etiología¹⁵ del padecimiento, toda vez que a su ingreso se indicó con melena cuando AR1, describió rectorragía, lo cual corresponde a sangre fresca, cambiando completamente la patología y sitio de sangrado.

40. Por lo anterior, AR1 cambió el manejo solo a protectores de la mucosa gástrica (omeprazol) e inició con la administración de dexametasona a razón de 8 mg cada 8 horas, medicamento, que como lo refiere la especialista adscrita a este Organismo Nacional, se encuentra contraindicado en sangrado de tubo digestivo, además a dosis altas puede causar sangrado digestivo, por lo que, concluyó que el manejo médico que hasta ese momento le brindó a V fue inadecuado.

¹² Sangre en las heces que se observa macroscópicamente.

¹³ Presencia de sangre fresca roja, rutilante por recto

¹⁴ Órgano que sirve de protección externa al cuerpo humano y de los animales, con varias capas y anejos como glándulas, escamas, pelo y plumas.

¹⁵ Causa

41. Aunado a lo anterior AR1, solicitó la realización de colonoscopia; sin embargo, omitió hacerlo de forma urgente, como el caso ameritaba, esto debido a que, según precisó el especialista de esta CNDH, V se encontraba hipotensa y con sangrado activo, tratamiento que no fue apegado a la Guía para la Atención en Pacientes con Sangrado en Tubo digestivo.

42. Por ello, el citado especialista comentó que hasta ese momento V, no contó con un diagnóstico certero, incumpliendo con el artículo 7° Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.¹⁶

43. Posterior a ello, el día 15 de agosto de 2021, en nota ilegible escrita a mano sin el nombre del médico, AR2 y breve, se advirtió que V, cursaba con hipotensión de 90/60 mg y saturación de oxígeno de 90%, presentando hipoxemia moderada y que requería de una colonoscopia; sin embargo, a decir del especialista de ésta CNDH, AR2 sólo se limitó a establecer, de manera inadecuada, que V requería de tal intervención a la brevedad, no obstante, la colonoscopia es un estudio invasivo que requiere el uso de anestesia por la introducción vía anal de un tubo endoscópico, implicando un riesgo quirúrgico concluyendo que dicha valoración no fue apegada a los lineamientos establecidos en la Guía para la Atención en Pacientes con Sangrado en Tubo digestivo.

44. Lo anterior es así, ya que esa guía recomienda que para integrar el diagnóstico se deberá realizar al paciente: historia clínica completa, incluyendo hábitos intestinales, alimenticio, inicio y evolución del padecimiento y dentro de la evolución física se tendrá que efectuar una exploración ano rectal para determinar la presencia de hemorroides, fistula anal o presencia de masas; por lo que si bien es cierto que

¹⁶ Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores

dicha Guía, indica llevar a cabo una colonoscopia a todos los pacientes con sangrado de tubo digestivo, también lo es que no es recomendable efectuarla en pacientes que se encuentra hemo dinámicamente inestables, para evitar complicaciones, por lo que en el caso particular AR2 no hizo una historia clínica dirigida, ni tacto rectal pasando inadvertido que en ese momento V se encontraba con hipotensión y con saturación de 90%, de forma incorrecta, por lo que AR2 omitió verificar los resultados de laboratorio solicitados el día 13 agosto de 2021.

45. La especialista de este Organismo Nacional, explicó que de los resultados de laboratorio se advirtió que existieron datos que confirmaban anemia severa, por lo que V, ameritaba una hemotransfusión de forma urgente, situación que pasó de forma inadvertida AR2, poniendo así en peligro la vida de V, ya que se encontraba con inestabilidad hemodinámica sin ser candidata a ningún estudio invasivo hasta que se le brindara el manejo adecuado para estabilizarla.

46. Derivado de ello, AR3 y en una nota médica de fecha 16 de agosto de 2021, deficiente, escueta y poco legible, por estar escrita a mano y con abreviaturas, dejó asentado los diagnósticos de V con sangrado de tubo digestivo bajo, hipertensión arterial sistémica y síndrome anémico agudo, describió que disminuyó el dolor abdominal sin vomito ni evacuaciones solicitó la realización de estudios de laboratorio de control, así como plasma fresco congelado¹⁷

47. Asimismo, es de precisar que V ingresó al Hospital General el día 13 de agosto de 2021, siendo que para ese momento había transcurrido tres días de estancia Hospitalaria en el servicio de urgencia, cuando el artículo 91 del Reglamento de

¹⁷ Con base a lo solicitado por el especialista en medicina interna.

Prestaciones Médicas del IMSS, dispone que el tiempo máximo de estancia en el servicio de urgencias es un lapso de 12 horas¹⁸.

48. Por otra parte, en la nota médica del día 17 de agosto de 2021, elaborada por AR4 a las 08:10 horas, éste asentó que V, presentaba Hemorragia de tubo digestivo alto, por lo que, a decir del especialista de esta Comisión Nacional de manera incorrecta omitió efectuar una exploración abdominal minuciosa, revisar las heces, si estas se habían presentado y qué características tenían, ya que V, había ingresado al Hospital General con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto y posteriormente se reportó con rectorragia¹⁹ lo cual lleva concluir en que V, contaba con un sangrado de tubo digestivo activo, es decir continuaba sin tener un diagnóstico certero de sitio de sangrado del tubo digestivo siendo necesaria la realización de una panendoscopia²⁰, además AR4 dejó asentado que continuaba vigente el ingreso al servicio de medicina interna, por lo que se deduce que V, aun continuaba en servicios de urgencia, llevando así 4 días en esa área.

49. No pasó inadvertido para el especialista de este Organismo Nacional, que AR4, el 17 de agosto de 2021, reportó a V, como desorientada, por lo que desestimó la importancia de ese síntoma en una paciente adulta mayor con diversas comorbilidades, multifarmacia y hospitalización prolongada sin movilización, datos que deducen a pensar y tratar el *Síndrome de Fragilidad del Anciano*, por lo que omitió la aplicación la Guía de práctica clínica, prevención diagnóstico y tratamiento del Síndrome de fragilidad del anciano.

¹⁸ **Reglamento Prestaciones Médicas del IMSS. Artículo 91:** si por la índole del padecimiento el paciente necesita permanecer en el área de observación del servicio de urgencias, se le otorgará la atención médica hasta por un lapso máximo de doce horas, contado a partir del momento de su ingreso, tiempo durante el cual se determinará su egreso o continuidad.

¹⁹ Sangrado rojo fresco

²⁰ Procedimiento de diagnóstico que consiste en explorar el esófago, estómago y duodeno, mediante un tubo flexible que lleva una pequeña cámara de video en su extremo, es un procedimiento invasivo, no doloroso y levemente molesto.

50. Ese mismo día a las 19:32 horas AR5, especialista en medicina de urgencias, una vez que valoró a V, integró el diagnósticos de hemorragia de tubo digestivo inactivo, sepsis de origen urinario, hipoglucemia, paciente neurológicamente desorientada con palidez de tegumentos, tensión arterial de 100/65 frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto, frecuencia de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36°C saturación con hipoxemia moderada de 90%, la exploración física con “abdomen blando depresible, normoperistalsis, sobre dicha revisión el especialista de esta Comisión Nacional, indicó que la exploración física de la región abdominal es limitada ya que solo describió *abdomen blando depresible noromoperistalsis*, siendo que al presentarse sangrado en cualquier parte del intestino ya sea alto o bajo la peristalsis (contracciones musculares) se altera debido a que la sangre es muy irritante para la mucosa gastrointestinal por lo AR5, omitió investigar las causas que originaron que la saturación de oxígeno estaba bajando al 90% además, refirió la presencia en V de un edema de miembro pélvico izquierdo sin señalar mayores datos.

51. AR5 también resaltó que en el examen general de orina, que se le efectuó a V, se observó que tenía con leucocitos incontables, eritrocitos abundantes, ajustando el tratamiento médico con antibiótico tipo ceftriaxona a razón de 1 gramo vía intravenosa cada 12 horas, asentando que ese día 17 de agosto de 2021, V fue llevada al servicio de endoscopía pero no cooperó con la apertura bucal, por lo cual se suspendió dicho procedimiento, en ese sentido se confirma que V, se encontraba desarrollando un problema neurológico desde el momento que fue reportada con desorientación desde las 08:10 horas de ese mismo día , además con un proceso infeccioso en vías urinarias, sin que fuera candidata a la realización de ningún estudio invasivo como era la endoscopía, por lo que se realizó un manejo inadecuado poniendo en riesgo la vida en ese momento de V, por encontrarse con un foco infeccioso en vías urinarias y desorientación, la cual no fue estudiada de forma

idónea, omitiendo así la aplicación de la Guía Práctica de Síndrome de Fragilidad del anciano.

52. Cabe señalar que hasta el día 18 de agosto de 2021, V, continuaba sin diagnóstico certero en el área de observación de urgencias cursando 5 días de internamiento en dicho servicio de urgencia.

53. De la misma manera, a las 10:40 horas del 18 de agosto AR6, repitió los diagnósticos de hemorragia de tubo digestivo alto, sepsis de origen urinario hipokalemia leve,²¹ haciendo alusión a que no se pudo llevar a cabo la endoscopia que fue sugerida por AR5 por falta de cooperación de V, además de indicar que continuaba con antibiótico sistémico y octroide.²²

54. Medicamento que, en Opinión del especialista de este Organismo Nacional, en el caso particular no estaba indicado para su administración ya que no había un diagnóstico certero y la paciente no presentaba cuadros diarreicos, por el contrario, no evacuaba y el tumor intestinal no se confirmó, ya que aún no se efectuaba la endoscopia y/o endoscopia o bien tomografía de abdomen que lo confirmara, para establecer un diagnóstico definitivo.

55. Siendo las 12:42 horas del 19 de agosto de 2021, AR7, del servicio de urgencias del Hospital General, reportó a V, con presión arterial 90/50 sin dar importancia que se encontraba hipotensa a pesar de la administración de aminas vasopresoras, signos vitales dentro de rangos normales, además la observó despierta, pero sin valorar el estado neurológico, por lo que pasó inadvertido la desorientación que aún

²¹ cifras bajas de potasio

²² se emplea para controlar síntomas tales como la diarrea o el rubor de los pacientes con tumores como el carcinoide los tumores como células isleta del páncreas, la gastrónoma o los tumores secretores de péptidos intestinales vasoactivos.

presentaba V. A la exploración física asentó que tenía abdomen globoso sin datos de irritación peritoneal, por lo que ante tales omisiones AR7 insistió en entregar nueva solicitud al departamento de medicina interna para la realización de endoscopia y de forma contradictoria la reportó grave, manejo médico, sobre el cual la especialista de esta Comisión Nacional, no encontró apegado a los lineamientos establecidos al numeral 7° del Reglamento Médico del IMSS, y la Guía clínica de tratamiento del síndrome de fragilidad del anciano, ya que V, aún permanecía en el servicio de urgencias y sin diagnóstico certero.

56. El 20 de agosto de 2021, V continuaba en el servicio de urgencias, de las notas médicas elaboradas a las 15:25 horas por AR8, se advirtió el paulatino deterioro de V, dejando asentado lo siguiente: *“paciente con afasia mixta, desviación de la mirada conjugada hacia la derecha, escala de Cincinnati para AVC ACMD con asimetría facial, con desviación de la comisura labial hacia la derecha (lado sano) y hemiparesia faciocorporal izquierda, disminución de la fuerza motora 3/5 área de lenguaje con afasia mixta disartria (afectación del VII), lo que se traduce en problemas de lenguaje, no se entiende lo que dice, incapacidad para mover ambos ojos en una única dirección horizontal o vertical, accidente cerebro vascular, afectación de la arteria cerebral media con asimetría facial por desviación de la comisura labial hacia la derecha que en ese caso es el lado sano, es decir la afectación se encontraba en lado izquierdo y además disminución de la fuerza motora de 3/5.”*

57. Por lo que, a decir del especialista de la CNDH, todas estas alteraciones neurológicas, indicaban la presencia de una enfermedad vascular cerebral, siendo necesario que de forma urgente se le efectuara una tomografía axial computada de cráneo, por lo que AR8 solamente indicó *“no disponemos de TAC en el servicio en este momento”* y en la hoja de indicaciones medicas expresó que se avisa a encargado del servicio, omitiendo hacer mención de la urgencia del caso y ver la

posibilidad de subrogación, de tal manera que dicha conducta médica estuvo desapegado a lo indicado en la Guía de Práctica de Diagnóstico y Tratamiento Temprano de la Enfermedad Cerebral Vascular Isquémica, ya que la enfermedad vascular cerebral es una urgencia absoluta que pone en peligro la vida.

58. El 22 de agosto de 2021, a las 12:00 horas obra nota de evolución de jornada acumulada del servicio de medicina interna suscrita por AR9, quien reportó a V, con signos vitales dentro de las cifras normales “ *con fluctuación de estado neurológico ya que por la mañana solo emitía sonidos incomprensibles y por la tarde desorientada se encontraba hablando*”, al respecto, llamó la atención del especialista de esta Comisión Nacional que AR9, solo hizo referencia a la desorientación de V, sin describir la presencia o ausencia de parálisis facial que fue descrita anteriormente el 20 de agosto del mismo año por AR8, omitiendo la exploración neurológica, minuciosa y exhaustiva que el caso ameritaba ya que AR9 es especialista en medicina interna o bien en su defecto, debió solicitar interconsulta en servicio de neurología, incurriendo con ello, en inobservancia del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación Médica²³.

59. Por otra parte y continuando con la atención que AR9 le brindó a V, tras la exploración física en la región abdominal que le efectuó, indicó: “*peristalsis presente dolor a la palpación de predominio en fosa iliaca derecha con área de endurecimiento, no visceromegalia y más adelante mencionó sería conveniente realización de tomografía abdominal, sin embargo no sirve el tomógrafo en estos momentos*, asimismo comentó con la Subdirección médica, quienes mencionan intentar referirla para el estudio a otra unidad.

²³ - Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

60. En ese sentido, para el especialista de la CNDH, el manejo médico brindado por AR9, no fue apegado a los lineamientos previstos en el artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica²⁴, así como el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS en sus artículos 7²⁵ y 94²⁶, toda vez que AR9, solo sugirió la realización de tomografía abdominal, omitiendo la solicitud de tomografía craneal, poniendo en peligro la vida de V, ya que, en caos como en el que V se encontraba, hay que descartar o confirmar la presencia de una enfermedad vascular cerebral.

61. Así las cosas, la mala atención médica se continuó presentando durante el internamiento en el servicio de medicina interna, esto es así ya que los días 23 y 24 de agosto de 2022, AR10, pasó inadvertida la parálisis facial secundaria a la enfermedad vascular cerebral que presentó V y acerca de la región abdominal solo se concretó a señalar “*abdomen distendido timpánico peristalsis normal y en espera de TAC de abdomen*”

62. Para el especialista de este Organismo Nacional, tras la valoración que AR11 efectuó a V el 24 de agosto de 2021, a las 20:00 horas, éste solo se centró en señalar que a V se le detectó potasio de 2.65 mEq, con sodio 157 mEq, por lo que se ministraron 80 mEq de cloruro de potasio y glucosa de 70 mg, que si bien es cierto

²⁴ Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata

²⁵ Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores. De la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno de ellos proporcione.

²⁶ Cuando para la atención de un derechohabiente no se disponga en las unidades médicas de una Área Médica, de los especialistas o de los medios de diagnóstico o terapéuticos necesarios, se procederá al traslado del paciente al hospital general de subzona, zona o regional, de conformidad con el esquema de regionalización de los servicios de atención médica determinados para cada Área Médica, o a la unidad médica de alta especialidad que corresponda, previa la verificación de la vigencia de derechos por el área competente.

es una cifra normal en su rango bajo, también le prescribió y suministró glucosa al 50% 50ml reportándola desorientada, desestimando solicitar interconsulta por especialista en neurología, y aunado a que V, presentaba deshidratación y con importantes alteraciones en electrólitos séricos.

63. Por su parte, en dicho del especialista de esta CNDH, los días 25, 26 y 27 de agosto de 2021, AR10, continuó con un manejo incorrecto sobre la atención otorgada a V, toda vez que el 25 y 26 de agosto de 2021 la reportó somnolienta y con *delirium hipoactivo*²⁷, ameritando manejo por especialista en geriatría y/o psiquiatría, mismo que no requirió, evolucionando al deterioro de V, ya con un daño cerebral establecido por accidente vascular cerebral previo.

64. Posterior a ello, el día 27 de agosto de 2021, AR10, indicó en nota médica *“paciente con estupor Glasgow 12 puntos”*²⁸, al respecto, se advirtió que si bien es cierto que en cada nota de evolución AR10 asentó que solicitó la realización de tomografía de cráneo y abdominal, también lo es que omitió precisar que dicho estudio se debía subrogar o que V, fuera trasladada a un hospital de tercer nivel que contara con la infraestructura para brindarle la atención idónea, puesto que hasta ese momento V, continua sin un diagnóstico y tratamiento certero.

65. El 29 de agosto de 2021 a las 12:00 horas, V fue atendida por AR12, quien la reportó con discreta mejoría del estado neurológico, pero a decir del especialista de esta Comisión Nacional, omitió realizar una valoración neurológica minuciosa y descriptiva por cada par craneal y así tener un parámetro para establecer si había mejorado o empeorado realmente.

²⁷ Silencioso, y se caracteriza por una actividad psicomotora disminuida, los pacientes se muestran deprimidos, sedados, somnolientos o letárgicos.

²⁸ Calificación neurológica de estado de consciencia siendo lo normal calificación de 15.

66. Posteriormente, los días 30 y 31 de agosto de 2021, a las 12:00 horas AR10 , agregó al tratamiento médico de V, vancomicina, reportándola con un Glasgow de 14 puntos, señalando que aún estaba pendiente la toma de tomografía de cráneo, sin solicitar, también el traslado de V a un tercer nivel de atención para su diagnóstico y tratamiento idóneo, por lo que AR10, no actuó apegado a los lineamientos establecidos en el artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud y artículos 7° y 94 Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

67. El día 01 de septiembre de 2021 a las 12:30 horas AR13, dejó asentado en su nota médica, que el 31 de agosto de ese mismo año, se efectuó tomografía de cráneo a V, la cual reportó evento vascular cerebral isquémico en lóbulo parietal izquierdo, iniciando tratamiento con antiagregante plaquetario y estatina de alta potencia, lo cual, a decir de la especialista de este Organismo Nacional, 11 días posteriores a que presentó datos clínicos de enfermedad vascular cerebral se le realizó el estudio tomográfico de forma tardía, toda vez que el estudio y tratamiento adecuado debió iniciarse en las primeras 12-24 horas posterior al evento para disminuir las secuelas neurológicas, por lo que AR13, omitió solicitar valoración por especialista en neurocirugía, manejo médico contrario a la Guía de Práctica, clínica diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad vascular cerebral isquémica en el segundo y tercer nivel de atención.²⁹

68. El día 02 de septiembre de ese mismo año a las 12:30, AR13 valoró a V indicando que encontró *“tórax normolíneo sin evidencia de úlceras. se inicia insulina basal por descontrol glucémico persistente, se valorará solicitud de endoscopia alta la mejorar condiciones”*; sin embargo, 12 horas después, a las 00:20 horas del 03 de septiembre de 2021, AR13 le hizo una debridación quirúrgica de úlcera en región sacra de bordes

²⁹ Se recomienda realizar tomografía siempre para valorar la extensión del territorio arterial afectado dentro de las primeras 24 horas. No iniciar tratamiento médico sin contar con el resultado tomográfico.

y contornos irregulares 10 x7 cm aproximadamente que invade hasta tejido celular subcutáneo.

69. Sobre lo cual en Opinión de la especialista de esta CNDH, con la presencia de dicha ulcera sacra, se confirmó el inadecuado manejo médico, exploración física y seguimiento que se le otorgó a V desde que ingresó el día 13 de agosto de 2021, tanto en el servicio de urgencias como en el piso de medicina interna, ello es así ya que la presencia de ulcera sacra es indicativa de “*abandono del paciente*” por lo que AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, médicos tratantes del servicio de medicina interna del Hospital General, omitieron brindarle los cuidados necesarios para evitar la formación de ulcera por posición, que es frecuente en pacientes con larga estancia hospitalaria, sin que se aplicara los supuestos previstos en la Guía Clínica de Prevención Diagnóstico y Manejo de las úlceras por presión en el adulto.

70. Para la especialista de este Organismo Nacional, las nota de evolución de fecha 03 de septiembre de 2021, suscrita por AR13, dejó establecidos los diagnósticos en V de PO de aseo quirúrgico de ulcera sacra colocación de sistema VAC evento vascular cerebral isquémico o infarto parietal izquierdo, síndrome diarreico, hemorragia digestiva alta ulcera por presión grado IV en región sacra hipotiroidismo subclínico, anemia grado II normocítica, normo crómica, siendo que 12 días después de estancia en el servicio de medicina interna, por primera vez aparece el diagnóstico ulcera sacra grado IV, es decir con pérdida importante del tejido hasta el musculo e infectada, lo cual ameritó debridación.³⁰ Patología que pasó inadvertida así como también pasó inadvertida la presencia de anemia grado II sin considerar una hemotransfusión, por parte de AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, del servicio de medicina interna del Hospital General.

³⁰ Limpieza quirúrgica

71. Por otra parte, AR13 médico tratante, indicó en la nota de evolución de 03 de septiembre de 2021, que V también presentaba “*hemorragia digestiva alta inactiva*” cuando éste diagnóstico fue el motivo de su ingreso al Hospital General desde el día 13 de agosto de 2021, y hasta ese momento no se había comprobado si era de origen digestivo alto o bajo, debido a que no se le realizó en tiempo y forma la colonoscopia o endoscopia en su defecto una tomografía abdominal, y solamente se le indicó tratamiento médico de carácter sintomatológico, dejando de atender el accidente cerebral vascular y sus complicaciones toda vez que hasta ese momento no se había solicitado valoración por especialista en neurología y geriatría.

72. Así también, el 05 de septiembre de 2021, a las 16:00 horas AR12, realizó nota de gravedad de jornada acumulada estableciendo los diagnósticos de evento vascular cerebral isquémico, sangrado, digestivo inactivo hipernatremia remitida anemia grado I de la OMS y trombocitopenia leve³¹; no obstante, a consideración del especialista de esta CNDH, también omitió considerar el diagnóstico trombocitopenia leve, además, a pesar de que describió que la cifra de plaquetas se encontraba normal (276 ml), de manera inadecuada estableció diagnóstico de anemia grado I, ya que se contaba con reporte de hemoglobina de 9.2 g/dL, correspondiente a una clasificación de la OMS en anemia grado II (9.9g/dL-8g/dL), por tanto AR12, omitió solicitar el traslado de V, con múltiples complicaciones, aun tercer nivel de atención que contara con infraestructura y personal médico idóneo a efecto de brindar una mejor calidad de vida a la agraviada, actuación médica la cual no fue apegada a los lineamientos del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud y la Guía Práctica clínica prevención diagnóstico y manejo de las úlceras por presión en el adulto.

³¹ Baja de plaquetas

73. Por su parte, y de las notas de evolución realizadas el día 5 y 6 de septiembre de 2021, suscritas por AR12 y AR13, se advirtió que ambos asentaron que *“se solicita nuevamente tomografía abdominal”*, sin embargo, también comentaron que no hay personal para su realización y/o sin contar con tomógrafo en la unidad, sobre lo cual el especialista de esta Comisión Nacional precisó que a pesar de que AR12 y AR13 tenían conocimiento que el Hospital General no contaba con tomógrafo desde el 20 de agosto de 2021, insistieron en llevar a cabo dicho estudio, omitiendo solicitar el traslado de V, a un Hospital que contara con el insumo necesarios para llevar a cabo tal estudio, incumpliendo así con los lineamientos anteriormente citados.

74. En nota de evolución de 07 de septiembre de 2021, de la cual no se puede indicar la identidad del médico que firma, por estar escrita a mano y ser ilegible se logra rescatar de importancia que: *“se solicita TAC simple y contrastada ya que el familiar trajo documentación de la UMAE 72, donde se encontraba en protocolo por Dx por probable Ca de Ovario derecho con CA 125 1,000, por lo que se solicita estudio, pronóstico malo para la vida y la función.”*

75. Así, el 9 de septiembre de 2021, AR14, anotó *“pendiente aún estudio de tomografía abdomen y pelvis contrastada por antecedentes de elevación de Ca 125 y protocolo por posible masa anexial”*, sin embargo, en ambos casos, en Opinión de la especialista de este Organismo Nacional, se solicitó la realización de tomografía de forma tardía ya que habían transcurrido aproximadamente 27 días de su ingreso a ese nosocomio y desde el momento en que fue referida de la UMF-58, se hizo referencias a las alteraciones en el marcador tumoral CA 125 pasando desapercibido durante todo ese internamiento omitiendo AR14 su traslado a un hospital de tercer nivel, manejo médico no apegado a los lineamientos del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud y 94 del Reglamento de prestaciones médicas del IMSS.

76. El 12 de septiembre de 2021 a las 19:40 horas AR12, asentó en nota de evolución de gravedad, que a las 09 horas del mismo día V, fue sometida a una segunda debridación de la escara sacra y que el 10 de septiembre de ese año, se le realizó una tomografía abdominal donde se documentó tumor ovárico, 79x73x125mm y presencia de implantes en mesenterio por lo reportado en estudio de tomografía con posibilidad de malignidad reportó también nefrolitiasis (cálculos renales) derecha con medida de 6.1x8.6 mm.

77. Resultados que en Opinión del especialista de esta Comisión Nacional, fueron transcritos de forma parcial, como se advierte de las conclusiones de dicha tomografía toraco abdominal pélvica simple y contrastada de fecha 10 de septiembre de 2021, además de lo ya señalado, también se reportó la presencia de derrame pleural derecho de 10% de extensión, derrame pleural izquierdo de 50%, es decir que V cursaba con derrama pleural bilateral, siendo el más grave el lado izquierdo, lo que condicionaba la dificultad para expandirse el pulmón izquierdo y por lo tanto es insuficiente la respiración que no mejorará con la colocación de oxígeno, siendo el tratamiento correcto torocentesis³², además de toma de cultivo y citoquímico de líquido extraído ya que en alto grado de probabilidad esta acumulación de líquido secundaria a la presencia de tumoración anexial, por lo que ante la presencia de tumoración de ovario derecho con metástasis y a los ganglios, la conducta médica correcta era su envío a tercer nivel de atención al servicio de oncología lo cual no aconteció, por lo que la atención de AR12 no fue apegada a la Guía Práctica clínica diagnóstico y referencia del tumor pélvico ginecológico con sospecha malignidad, tal y como lo advirtió la especialista adscrita a este Organismo Nacional en su opinión médica.

³² Colocación de drenaje para extracción de líquido acumulado y que el pulmón pueda reexpandirse.

78. Por lo que, a consecuencia de las múltiples omisiones en el tratamiento que se brindó a V, su estado de salud se encontraba muy precario, permaneciendo a dicho del especialista de esta CNDH inadecuadamente bajo tratamiento de servicio de medicina interna y no de terapia intensiva, evolucionando a su deterioro en los siguientes días.

79. Posteriormente, el día 13 de septiembre de 2021, AR15, indicó que, en el último control hemático, la hemoglobina fue de 6.5g/dL, solicitando la administración de dos paquetes globulares los cuales quedaron pendientes de su administración debido a que no se encontraban disponibles, la subdirección médica estaba enterada a pesar de encontrarse con anemia grado III, también anotó que V, se encontraba en estado de choque que no respondía a la administración de cristaloides³³ permaneciendo hipotensa 98/72 mmHg, ya con la colocación de catéter venoso central, deterioro neurológico estuporosa.

80. Sin dejar de lado que V, cursó con un evento vascular cerebral que no fue atendido por especialista en neurología, por lo que en esos momentos AR15 le colocó una bolsa colectora de orina la cual presentó contaminación con material fecal, por lo que se agregó la posibilidad de haber desarrollado una fistula entero vesical³⁴, por ello de forma por demás inadecuada AR15 solo se limitó a solicitar interconsulta al servicio de urología y agregar antibiótico vancomicina a pesar de describir que V, se encontraba en estado de choque³⁵, omitiendo solicitar la valoración de especialistas en medicina crítica, geriatría infectología y oncología, pasando por inadvertida el aumento de la proteína C, lo cual indicaba que la agraviada, se encontraba en choque séptico³⁶.

³³ Soluciones expansoras del plasma

³⁴ Comunicación de la vejiga con intestino

³⁵ Afección crítica provocada por la baja repentina de flujo sanguíneo en todo el cuerpo.

³⁶ Sepsis grave con hipotensión que no responde a la reanimación de líquidos y que pone en peligro la vida

81. El mismo día 14 de septiembre de 2021, AR15, del servicio de medicina interna desestimó el estado de choque séptico con el que cursaba V, por todas las complicaciones derivadas del tumor en ovario derecho, sin que se haya solicitado la valoración de especialista en oncología o bien considerar sus traslado a un hospital de tercer nivel de atención de manejo, al anotar: *“ayer se iniciaron animas a dosis mínimas con sospecha de choque hipovolémico y séptico (evacuaciones diarreicas, infección de tejidos blandos y por C difícil el día de hoy se transfunde el último paquete globular, realizó prueba de fistula con azul de metileno con anemia sin presentar tinción a través de la sonda Foley por lo que había que investigar y trayecto de fistula a otro nivel por medio de imagen TAC simple y contrastada”*.

82. Posterior a ello, el 15 de septiembre de 2021, AR10 no reportó cambios relevantes en el tratamiento de V, sino que hasta el día 17 de septiembre de ese mismo año, AR17 describió que V presentaba escaras en talones³⁷ además de la escara sacra grado IV, continuando con el tratamiento para enfermedad vascular cerebral isquémico, e insistió en realización de una tomografía de abdomen a pesar de reportarla muy grave con riesgo a mayores complicaciones y muerte, lo cual, a Opinión del especialista de esta CNDH, es contradictorio ya que la reiteración en efectuarle la tomografía el cual cuando V se encontraba estable no le fue realizado, llevando así un manejo médico inadecuado.

83. Los días 18 y 19 de septiembre de 2021, AR16, elaboró notas medicas en las que destacó que el 18 de ese mes y año, V fue sometida a otro evento de debridación de la escara sacra³⁸ encontrándose en analgesia y protocolo FASHUG³⁹; sin embargo, se advirtió que derivado de la presencia de múltiples escaras a nivel sacro

³⁷ Ulceras por posición.

³⁸ Ulcera en espalda baja.

³⁹ Protocolo que indica que los pacientes deben ser atendidos en siete áreas específicas, alimentación, analgesia, tromboprolifaxis, elevación de la cabecera, prevención de úlceras de estrés y control glucosa.

y en ambos talones evidencia que personal médico del IMSS, fue omiso en la aplicación de dicho protocolo.

84. El 20 de septiembre de 2021, AR17 reportó que acudió PSP2 del servicio de cirugía general quien refirió que V, se encontraba programada para colostomía; sin embargo, el día 21 de septiembre de ese año, AR17 mantuvo una conducta expectante, contraviniendo con ello lo establecido en los artículos 7° y 94 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, y 72 del Reglamento de la Ley General de Salud.

85. En este orden de ideas y toda vez que V, contaba con múltiples complicaciones y precario estado de salud, el 21 de septiembre de 2021, PSP3, especialista en anestesiología, realizó la valoración preanestésica para efectuar retiro VAC⁴⁰, sistema el cual se había colocado desde la primera debridación de la escara sacra con el fin de evitar la acumulación de líquidos y realización de colostomía.

86. Por lo que el proceso quirúrgico comenzó a las 10:00 horas de 21 de septiembre de 2021, culminando a las 12:00, horas, sin reportarse complicaciones, pasando V a la sala de cuidados post anestésicos, sobre lo cual PSP3, indicó de V: *“ con tendencia a la somnolencia, cardiopulmonar con hipoventilación de campos pulmonares basales bilaterales, abdomen con herida quirúrgica, la cual presenta datos de sangrado manejada con puntos hemostáticos por servicio tratante, colostomía rojo violácea, secreción serohemática, extremidades con edema”*

87. Finalmente, a las 17:00 horas del 21 de septiembre de 2021, PSP4, plasmó que: *V continuaba con evolución tórpida en postquirúrgico inmediato, reportando enfermería hipotensión persistente a pesar de apoyo anérgico a las 16:45 horas, se*

⁴⁰ Cierre asistido por vacío, es un sistema no invasivo y dinámico que ayuda a promover la cicatrización mediante la aplicación de presión.

acude de forma inmediata y se corrobora ausencia de signos vitales, familiares no aceptan maniobras de reanimación por lo que se otorga hora de defunción a las 17:00 horas, siendo el diagnóstico de defunción como choque séptico, fistula entero vesical.

88. Basado en las consideraciones técnicas, la médico especialista de este Organismo Nacional describió que las inobservancias descritas en los párrafos anteriores cobran relevancia, ya que desde el momento en el que se ingresó a V al Servicio de Urgencias del Hospital General, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, fueron omisos en integrar un diagnóstico de certeza en relación a la hemorragia de tubo digestivo alto, ya que nunca le fue realizado el estudio de endoscopía, actuaciones las cuales no estuvieron apegadas a la Guía de Práctica clínica Atención integral en pacientes con sangrado de tubo digestivo, y del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

89. También, de manera inadecuada V, permaneció 7 días hospitalizada en el área de urgencias, cuando el tiempo máximo para establecer diagnóstico y pasar a piso lo es de 12 horas, incumplimiento con lo dispuesto en el artículo 91 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

90. Además, cabe señalar que se advierte una actuación no apegada a la Guía de Práctica clínica prevención diagnóstico y tratamiento del síndrome de fragilidad del anciano, así como el cuadro séptico por la infección en las vías urinarias, ni a la Guía de práctica clínica, diagnóstico, tratamiento, de sepsis grave y choque séptico en adulto, posterior a ello, mediante tomografía de cráneo se estableció que V, presentó parálisis facial secundaria a enfermedad vascular cerebral, sin embargo los médicos tratantes citados previamente había indicado que no contaba con dicho servicio, por lo que se omitió la subrogación o traslado de V, a un nosocomio que contara con el recurso de forma inmediata y oportuna ya que hubo un retraso de 11 días en la realización del estudio tomográfico.

91. Asimismo, la atención médica que se le proporcionó a V, por parte de AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, A15, AR16 y AR17, del Servicio de Medicina Interna fue de manera inadecuada, al haber omitido en realizar un diagnóstico certero de la hemorragia del tubo digestivo, también pasaron de forma inadvertida la cifra del marcador tumoral C125, y tampoco atendieron el *delirium hipoactivo*, la enfermedad vascular cerebral isquémica, el derrame pleural bilateral, la escara sacra paso desapercibida, hasta que se encontró en grado IV, por lo que ameritó manejo quirúrgico, por lo que todo ello evolucionó a un estado de sepsis grave, poniendo en peligro la vida de V, así como también de manera tardía le realizaron la tomografía abdominal, en donde se evidenció una tumoración de ovario derecho, por lo que si bien es cierto dichos médicos solicitaron en diversas ocasiones la realización de tomografía de abdomen desde el ingreso de V, al Hospital General, también es cierto que tenían conocimiento que el Hospital General no contaba con ese recurso.

92. Por lo que personal administrativo del Hospital General, fue omiso en no solicitar la subrogación de dicho estudio y a su vez realizar el traslado a uno que contara con dichos recursos humanos, materiales y tecnológicos, a efecto de garantizar de manera óptima el derecho a la salud de V.

93. Con las omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17 incurrieron en negligencia en agravio de V, al no brindar una atención adecuada para así garantizar su derecho a la salud, contraviniendo con ello lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V, 23, 25, 27 fracción III, 32, 33, fracciones I y II, 51 de la Ley General de Salud y 8, fracciones I y II, 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como los artículos 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención

Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), así como la Observación General 14 “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, lo cual a su vez afectó directamente al derecho a su vida como a continuación se describirá.

C. Derecho a la vida

94. Como lo ha destacado esta Comisión Nacional los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales -como el derecho a la vida⁴¹-. Los DESC funcionan como derechos “*punte*” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales, como ocurrió al derecho humano a la vida de V.

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

⁴¹ La CIDH ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. “*Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*”. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

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

C.1 Violación al derecho humano a la vida de V por inadecuada atención médica en el Hospital General

97. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V, que vulneró su derecho a la protección a la salud por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17 deben ser reproducidas como el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

98. Esta Comisión Nacional observó una inadecuada atención médica en agravio de V por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, y AR17 desde el momento en el que ingresó al Hospital General del día 13 de agosto hasta el 20 de septiembre de 2021, ya que fueron omisos en realizar un diagnóstico certero de la hemorragia del tubo digestivo, pasaron inadvertida la cifra del marcador tumoral C125, y de igual manera no atendieron el delirium hipoactivo, la enfermedad vascular cerebral isquémica, el derrame pleural bilateral, la escara sacra pasó inadvertida hasta que se encontró en grado IV, por lo que evolucionó a un estado de sepsis grave, de manera tardía le realizaron la tomografía abdominal evidenciando una tumoración de ovario derecho, Culminando dicha inadecuada atención médica en el fallecimiento de V, el 21 de septiembre de 2021, a las 17:00 horas, por Choque séptico, fístula entero vesical.

99. No pasó inadvertido que los médicos tratantes solicitaron en diversas ocasiones la realización de tomografía de abdomen desde su ingreso al nosocomio, a pesar de que tenían conocimiento que el Hospital General no contaba con ese recurso, y el personal administrativo del IMSS, fue omiso al no solicitar la subrogación o bien traslado a un Hospital que contara con dichos recursos humanos, materiales y tecnológicos, y con ello brindar mejores condiciones de salud a V.

100. Además, con su actuar dichos servidores públicos, incumplieron con lo dispuesto en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud que dispone: “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable [...]”, en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica: “CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos [...]”.

101. Por ello, las autoridades responsables ya antes referidas, incurrieron en violación al derecho a la vida de V, toda vez que, de las múltiples patologías no atendidas en su oportunidad por los médicos tratantes, el organismo de V evolucionó al deterioro y posterior fallecimiento, con lo que se transgredió lo señalado en los artículos 1º, párrafo primero y 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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, que establecen el deber del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.

D. Derecho al acceso a la información en materia de salud

102. El artículo 6º, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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.

103. 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.⁴²

104. 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, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”*

105. 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*

⁴² CNDH. Recomendación 158/2022 párr 69; 156/2022 párr 54; 150/2022 párr 77; 144/2022 párr 64; 141/2022 párr 67; 133/2022 párr 81; 131/2022 párr 64; 116/2022 párr 73; 94/2022 párr 79; 82/2022 párr 49; 57/2022 párr 69; 56/2022 párr 84; 53/2022 párr 65; entre otras.

*efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.*⁴³

106. 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, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la, 13/2022, 26/2022, 39/2022, 44/2022, 57/2022, 82/2022, 94/2022, 131/2022, 144/2022, 156/2022 y 158/2022. 62/2021, 71/2021.

107. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente, y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.

⁴³ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

108. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió inadecuada integración del expediente clínico de V en el Hospital General, al verificarse notas médicas que no fueron elaboradas conforme a los lineamientos establecidos en la mencionada Norma Oficial Mexicana, la cual refiere que los citados documentos y reportes del expediente clínico deben precisar: nombre completo del paciente, edad, sexo, interrogatorio, exploración física, evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, e indicaciones médicas, y en su caso, número de cama o expediente, fecha, hora, nombre completo de quien elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso, y deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

109. Así también, en lo que respecta a la integración del expediente clínico de V, por AR1, AR2, AR3, AR4 médicos del Hospital General, se integró de forma inadecuada, en razón que carece de notas de evolución, una gran cantidad de notas escritas a mano ilegible e ininteligibles, sin fecha ni horario, firmas y nombres de médicos, realizadas de manera escueta, incumpliendo así con la debida ampliación de los lineamientos establecidos en la NOM-Del Expediente Clínico.

110. Por cuanto hace AR1, en fecha 14 de agosto de 2021, realizó una nota escueta en la que sólo indicó de forma general los signos vitales de V, y omitió interrogatorio completo.

111. Así mismo AR2, en su nota médica de fecha 15 de agosto de 2021, omitió plasmar su nombre así también se advierte que dicha nota, es escueta, y solo se limitó a precisar que V, presentaba hipoxemia y que requería colonoscopia a la brevedad.

112. Así también AR3, elaboró una nota escueta y poco legible, por estar escrita a mano y con abreviaturas, dejó asentado los diagnósticos de sangrado de tubo digestivo bajo.

113. Así como tampoco se integró de manera adecuada el expediente clínico ello es así toda vez que no obra nota de evolución referente a la atención médica brindada a V, el día 28 de agosto de 2022.

114. La idónea integración del expediente clínico es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos del paciente, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana se cumpla en sus términos. Derivado de todo lo anterior, esta Comisión Nacional estima que se vulneró el derecho humano de acceso a la información en materia de salud, en agravio de V y QV.

E. Responsabilidad de Personas Servidoras Públicas

115. Tal como ha quedado acreditado en los apartados anteriores de la presente Recomendación la responsabilidad en el desempeño de las funciones de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, adscritos a servicios de Urgencias del Hospital General puesto que omitieron integrar un diagnóstico certero en relación a la hemorragia de tubo digestivo bajo/alto, pues nunca le fue realizado el estudio denominado endoscopía, actuaciones las cuales no fueron apegadas a la Guía de Práctica de Atención Integral en pacientes con sangrado de tubo digestivo en los tres niveles de atención.

116. Así también como de manera inadecuada pasó 7 días en servicios de urgencias del Hospital General ya que tampoco se solicitó su traslado a otro Hospital diverso o que contara con los recursos humanos, materiales y tecnológicos, a fin de que le fuera realizado los estudios necesarios.

117. Por otra parte también ha quedado demostrado que la atención brindada por AR9, AR10 AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, del Servicio de Medicina del Hospital General, fueron omisos en realizar un diagnóstico certero de la hemorragia de tubo digestivo, pasaron inadvertida la cifra del marcador tumoral C125, de igual manera no atendieron el delirium hipoactivo, la enfermedad cerebral vascular isquémica, el derrame pleural bilateral, la escara sacra pasó desapercibida, hasta que se encontró en estado avanzado grado IV, por lo que ameritó manejo quirúrgico, por lo que todo ello evoluciono a un estado de sepsis grave, de manera tardía le realizaron a V, la tomografía abdominal en donde se evidenció una tumoración de ovario derecho, por lo que si bien es cierto los médicos antes referidos insistieron en solicitar en diversas ocasiones la realización de la tomografía de abdomen también lo es que tenían conocimiento que el Hospital no contaba con el recurso, y el personal administrativo fue omiso al no solicitar la subrogación del estudio o bien realizar el traslado a diverso nosocomio que contara con dichos recursos.

118. Este Organismo Nacional, considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17, 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,

también deben de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

119. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del paciente, también lo es que 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 de la persona enferma, lo que como quedó evidenciado en el apartado de observaciones y análisis de pruebas del presente documento en el caso de V no aconteció.

120. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, 102 apartado B, 109, fracción III, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 7o. fracciones I, V y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, se tienen evidencias suficientes para que esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, promueva denuncia administrativa ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en contra de AR1, AR3, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17, personal médico adscrito al Hospital General, y por cuanto hace a AR2 y AR4, se investigue su intervención, personal de quien se desconoce su nombre y cargo por ser ilegibles en las notas médicas, dicha investigación deberá tomar en cuenta las evidencias y argumentación referidas en esta Recomendación.

E.1. Responsabilidad institucional

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

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

123. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que 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.

124. Esta Comisión Nacional, considera que el IMSS incurrió en responsabilidad institucional, cuando omitió integrar un diagnóstico de certeza en relación con la hemorragia de tubo digestivo bajo/alto, puesto que fueron omisos en realizarle a V,

el estudio denominado endoscopía, actuaciones las cuales no estuvieron apegadas a la Guía de Práctica Clínica Atención Integral en pacientes con sangrado de tubo digestivo bajo en los tres niveles de atención, aunado a que también permaneció 7 días hospitalizada en el área de urgencias, siendo 12 horas el tiempo máximo para establecer diagnóstico y pasar a piso, incumpliendo con el Reglamento de prestaciones médicas del IMSS.

125. Así también, se logra advertir que V, al presentar parálisis facial secundaria a enfermedad vascular cerebral, en donde servidores públicos pertenecientes al IMSS omitieron la subrogación o bien traslado de V, a un nosocomio que contara con el recurso de forma inmediata y oportuna, puesto que 11 días después se le realizó dicho estudio, omisión que privaron a V, de otorgarle un servicio de calidad y con profesionalismo conforme a sus necesidades para evitar hechos como los que dieron origen a este pronunciamiento, violatorios de derechos humanos a la protección a la salud, a la vida y al acceso a la información en materia de salud.

F. Reparación integral del daño y formas de dar cumplimiento.

126. 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.

127. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 73, fracción V, 74, fracción VIII, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas y demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y, en consecuencia el derecho a la vida de V, se deberá inscribir a QV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

128. Asimismo, el IMSS deberá solicitar a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas la asesoría técnica jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV, para que dicho Instituto realice el pago por concepto de las violaciones a derechos humanos por la pérdida de la vida de V, derivado de la inadecuada atención médica por servidores públicos pertenecientes al IMSS, en términos de lo previsto en los artículos 81 y 89 de la Ley General de Víctimas.

129. La CrIDH ha indicado que la reparación es un término genérico que comprende las diferentes maneras cómo un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido. Por ello, la reparación comprende diversos “*modos específicos*” de reparar que “*varían según la lesión producida*”.⁴⁴ En este sentido,

⁴⁴ “Caso Garrido y Baigorria vs. Argentina”. Sentencia de 27 de agosto de 1998. Reparaciones y Costas, párr. 41

dispone que “las reparaciones que se establezcan deben guardar relación con las violaciones declaradas”.⁴⁵

130. En ese sentido, a fin de que la autoridad esté en posibilidad de dar cumplimiento a la presente Recomendación y calificar el propio cumplimiento de cada uno de los puntos recomendatorios, será necesario que se comprometa y efectúe sus obligaciones en la materia, establecidas en las citadas leyes. Para ello, a continuación, se puntualiza la forma en que podrán acatarse cada uno de los puntos Recomendatorios.

a) Medidas de Rehabilitación

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

132. En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar atención psicológica y tanatológica que requiera QV, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades específicas, de manera gratuita e inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento.

⁴⁵ “Caso Carpio Nicolle y otros vs. Guatemala”. Sentencia de 22 de noviembre de 2004. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 89.

133. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y accesible para las víctimas, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, el cual deberá incluir la provisión de medicamentos que, en su caso, requieran, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación

134. Las medidas de compensación dispuestas por los artículos 27 fracción III y 64 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”*.⁴⁶

135. 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, ello acorde a la Ley General de Víctimas.

136. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, y QV, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos

⁴⁶ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 90.

Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QV, 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 con la finalidad de dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

c) Medidas de Satisfacción

137. 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, puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

138. En el presente caso, la satisfacción comprende que los funcionarios del IMSS, colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17 personal médico adscrito al Hospital General del IMSS, en el Órgano Interno de Control en ese Instituto, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación.

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

d) Medidas de no repetición

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

141. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS, implementen en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad, profesionalismo y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales y las Guías de Práctica Clínica señaladas en la presente Recomendación, al personal médico adscrito al Servicio de Urgencias y Medicina Interna del Hospital General, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17, en caso de seguir activos, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso.

142. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio, mismo curso que deberá impartirse por persona que acredita estar calificado y con suficiente experiencia en materia de derechos humanos, en las que se incluyan programas objetivos, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancia, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

143. Asimismo, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico adscrito al Servicio de Urgencias y Medicina Interna del Hospital General, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a las Normas Oficiales y las Guías de Práctica Clínica citadas en la presente Recomendación, y a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-Del Expediente Clínico, lo anterior para acreditar el cumplimiento del punto quinto recomendatorio.

144. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a usted, señor director general del IMSS, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

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

SEGUNDA. Se otorgue atención psicológica y tanatológica que requiera QV, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas; así como de proveerle de los medicamentos convenientes a su situación, en caso de requerirlos. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17 ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente recomendación, y se envíen en su oportunidad las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se imparta en el término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales y las Guías de Práctica Clínica señaladas en la presente Recomendación, al personal médico adscrito al Servicio de Urgencias y Medicina Interna del Hospital General, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17, en caso de seguir activos, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en las que se incluya los programas, objetivos, currículos de las

personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Además, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; hecho lo anterior, se remitan 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 al personal médico adscrito al Servicio de Urgencias y Medicina Interna del Hospital General, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a las Normas Oficiales y las Guías de Práctica Clínica citadas en la presente Recomendación, y a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-Del Expediente Clínico; hecho lo anterior, se solicita se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.

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

145. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o

cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

RARR