

RECOMENDACIÓN NO. 260 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD QUE DERIVÓ EN LA PÉRDIDA DE LA VIDA DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, ASÍ COMO, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN SU AGRAVIO Y DE QV, VII Y VI2, EN EL HOSPITAL GENERAL “QUERÉTARO” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES EN DICHA ENTIDAD FEDERATIVA

Ciudad de México, a 16 de diciembre de 2022

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

Distinguido director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2019/2546/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital General “Querétaro” en el estado de Querétaro.

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 en términos de lo establecido 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, párrafo primero y 147, de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo,

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

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

Denominación	Clave
Víctima Directa	V
Víctima Indirecta	VI
Persona Quejosa Víctima	QV
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

4. La referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas para facilitar la lectura y evitar su constante repetición, por lo cual se identificarán de la siguiente manera:

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Hospital General “Querétaro” del ISSSTE en el estado de Querétaro	Hospital General “Querétaro”
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Ley General de Salud	LGS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento del ISSSTE
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI

I. HECHOS

5. QV informó a esta CNDH, que el cinco de agosto de 2016, a su progenitor V, de 79 años de edad se le retiró la vesícula en el Hospital General “Querétaro”, manifestando que a raíz de diversas irregularidades en la atención médica falleció



el 15 de agosto de 2016 por choque séptico y falla orgánica,¹ y debido a que personal de la funeraria después de la cremación de V, les entregó unas tijeras que a su dicho fueron encontradas al interior de su cuerpo y por otras irregularidades acudió a la CONAMED donde se inició el Expediente de Queja CONAMED.

6. En el cual, el dos de marzo de 2018, se celebró audiencia conciliatoria en la que los representantes del ISSSTE indicaron que no existió negligencia, en consecuencia, se concluyó dicho expediente como “asunto no conciliado”; sin embargo, QV agregó que la CONAMED expidió un “oficio de calidad” donde asentó las irregularidades por personal médico del Hospital General “Querétaro”.

7. Por lo cual, QV impugnó la audiencia conciliatoria celebrada en la CONAMED, sin que tuviera respuesta al momento en que presentó la queja en esta CNDH, esto es, al 14 de diciembre de 2018, y agregó que cada que solicita informes no le saben decir el estatus de su inconformidad.

8. Derivado de lo anterior, a fin de investigary analizar las probables violaciones a derechos humanos en agravio de V, se inició el expediente **CNDH/1/2019/2546/Q** y se obtuvo copia de su expediente clínico e informes derivados de la atención médica proporcionada en el Hospital General “Querétaro” cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

¹ El choque séptico es una afección grave producida cuando una infección en el cuerpo lleva a una presión arterial baja peligrosa, en tanto, la falla orgánica la insuficiencia grave, reversible o no, de más de un sistema orgánico vital (función renal, hepática, pulmonar, cerebral o cardíaca).



II. EVIDENCIAS

9. Escrito de queja de 14 de diciembre de 2018, mediante el cual QV se inconformó ante este Organismo Nacional, con la atención médica brindada a V en el Hospital General “Querétaro”, a la cual adjuntó entre otra documentación, lo siguiente:

9.1. Nota funeraria de 16 de agosto de 2016, en la cual se hizo constar la entrega de unas “tijeras encontradas después del proceso de la cremación de V” a VI2.

9.2. Acta de queja y oficio de admisión en la CONAMED de 14 de septiembre de 2016, la cual se registró como Expediente de Queja CONAMED en la que QV solicitó indemnización al ISSSTE por el fallecimiento de V.

9.3. Resumen clínico de 26 de abril de 2017, a través del cual PSP7 adscrito a la Subdirección Médica y PSP8, director del Hospital General “Querétaro” comunicaron la atención brindada a V, desde el 13 de julio de 2016 hasta el 15 de agosto de 2016.

9.4. “Oficio de calidad” de 29 de septiembre de 2017, a través del cual la Subcomisión Médica de la CONAMED comunicó a la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE las irregularidades advertidas en la atención médica de V para que las considerara en su resolución el Comité Técnico de Solicitudes de Reembolso y Queja Médica de dicho Instituto.



- 9.5.** Oficio DGC/220/1356-2016/2018 de siete de marzo de 2018, al que la CONAMED adjuntó el acta de comparecencia (acta de audiencia) celebrada vía telefónica el dos de ese mes y año en el Expediente de Queja CONAMED, entre QV, representantes del ISSSTE y dos conciliadores.
- 9.6.** Escrito de Impugnación CONAMED de 13 de abril de 2018, mediante el cual QV se inconformó con la audiencia conciliatoria del dos de marzo de 2018 en la que el ISSSTE presentó el dictamen CQM.EXT.05/2017.16, mismo que era de su “total desconocimiento y desacuerdo”.
- 9.7.** Correo electrónico de 19 de diciembre de 2018, mediante el cual personal de esta Comisión Nacional solicitó al ISSSTE, el seguimiento al Escrito de Impugnación CONAMED, promovido por QV.
- 9.8.** Correo electrónico de 14 de enero de 2019, por el cual la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE adjuntó a esta CNDH, la respuesta de PSP8, en la cual comunicó que el Escrito de Impugnación CONAMED se había turnado a la Subdelegación Médica.
- 10.** Acta Circunstanciada de 21 de enero de 2019, mediante la cual personal de esta Comisión Nacional hizo constar que QV ratificó vía telefónica la queja con motivo de la atención brindada a V.
- 11.** Oficio DGC/220/5066.1-2016/2019 de 21 de junio de 2019, mediante el cual la CONAMED comunicó a esta CNDH, que el Expediente de Queja CONAMED se radicó el tres de octubre de 2016 en la Dirección General de Conciliación y el dos de marzo de ese año se concluyó como no conciliado.



12. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/4507-1/19 de 8 de octubre de 2019, a través del cual el ISSSTE remitió a esta CNDH, copia del expediente clínico de V e informes con motivo de la atención brindada en el Hospital General “Querétaro” del cual se destacó lo siguiente.

12.1. Hoja de Urgencias del Hospital General “Querétaro” de 13 de julio de 2016, en la que cual PSP1 diagnosticó a V, con diabetes mellitus descontrolada, hipertensión arterial en tratamiento, fiebre a determinar causa probable e infección de vías urinarias.

12.2. Indicaciones médicas de 13 de julio de 2016, en la cual PSP1 solicitó que V permaneciera en ayuno con soluciones intravenosas, antihipertensivo, protector de la mucosa gástrica, esquema de insulina a requerimiento, analgésico/antipirético y antibiótico.

12.3. Resumen de evolución y tratamiento de 14 de julio de 2016, mediante el cual AR1 adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General “Querétaro” describió a V, totalmente deshidratado con mucosas orales secas y destroxtis de 338 mg/dl, ajustándole tratamiento con rehidratación parenteral intensiva.²

12.4. Resultados de laboratorio del Hospital General “Querétaro” del 13 y 14 de julio de 2016, relacionados con V.

12.5. Nota de indicaciones para clínica de adscripción de 15 de julio de 2016, en la que AR2 adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General “Querétaro”

² Método de elección para la deshidratación leve y moderada por diarrea.

indicó el alta de V, con impresión diagnóstica de gastroenterocolitis³ y cuadro de deshidratación⁴ remitido.

12.6. Hoja de Urgencias de las 23:19 horas de 17 de julio de 2016, en la cual AR3 adscrita a dicho servicio diagnosticó a V, con diabetes mellitus II descontrolada, hipertensión arterial sistémica en control, probable desequilibrio hidroelectrolítico, así como, probable enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).⁵

12.7. “Autorización de tratamiento” de 17 de julio de 2016, a través del cual VI2 autorizó a los médicos encargados de V para que efectuaran el “tratamiento médico o quirúrgico de su mal. Aceptando los riesgos (...) que el uso de dichos procedimientos implique (...)”.

12.8. Nota de evolución de 18 de julio de 2016 a las 5:42 horas, en la cual AR3 reportó a V con persistencia de cifras altas de glucosa capilar cuya tele de tórax evidenció leve aumento de los espacios intercostales y exudado.⁶

³ Afección caracterizada por inflamación del estómago, intestino delgado y colon.

⁴ La deshidratación ocurre cuando el cuerpo no tiene tanta agua y líquidos como es necesario. Puede ser leve, moderada o grave, según la cantidad de líquido corporal que se haya perdido o que no se haya repuesto.

⁵ Conjunto de enfermedades pulmonares que obstruyen la circulación de aire y dificultan la respiración.

⁶ Ocurre cuando hay lesión o inflamación en la pleura y puede hacer que el exceso de líquido se salga de ciertos vasos sanguíneos. El derrame pleural exudado puede tener muchas causas, por ejemplo, infecciones como neumonía, cáncer, enfermedad de los riñones y enfermedades autoinmunitarias.



12.9. Notas de evolución de las 08:00, 19:30 y 23:09 horas del 18 de julio de 2016, en las que AR1, PSP2 y PSP3 reportaron a V, totalmente deshidratado y con probable absceso hepático confirmado por tomografía axial computarizada.

12.10. Hoja de informe radiológico general de 18 de julio de 2016, en la cual se reportó el ultrasonido de hígado y vías biliares (HVB) con probable absceso hepático⁷ en lóbulo izquierdo, hepatomegalia,⁸ y colecistitis crónica litiásica.⁹

12.11. Historia clínica del servicio de Cirugía General de 18 de julio de 2016, en la cual AR4 indicó que V ingresó con dolor abdominal en epigastrio y vómito en dos ocasiones y con diagnóstico de absceso hepático amebiano¹⁰ vs tumoración hepática.¹¹

⁷ Proceso focal supurativo poco habitual de mortalidad moderada (2-12 %). Los agentes patógenos responsables pertenecen principalmente a dos grupos, bacterias y parásitos (*Entamoeba histolytica*), y dan lugar a dos tipos de abscesos hepáticos: piógenos y amebianos, respectivamente.

⁸ Agrandamiento del hígado por encima de su tamaño normal.

⁹ Inflamación de la vesícula biliar durante un largo periodo secundaria a la presencia de cálculos biliares, los cuales obstruyen en forma intermitente el conducto cístico caracterizado por episodios repetidos de dolor epigástrico, además de provocar náuseas y vómitos, siendo el tratamiento recomendado la cirugía para prevenir la recurrencia de síntomas y complicaciones biliares adicionales, ya que de no atenderse puede traer complicaciones graves como: Sobreinfección bacteriana con septicemia, perforación vesicular con formación de un absceso local y rotura de la vesícula con peritonitis.

¹⁰ Acumulación de pus en el hígado en respuesta a un parásito intestinal llamado *Entamoeba histolytica*.

¹¹ Pueden ser benignos como abscesos, angiomas, quistes simples, etc. o malignos (hepatocarcinoma, colangiocarcinoma), entre los principales factores de riesgo para un tumor maligno hepático se encuentra la edad, el sexo (varones) y cirrosis, siendo sus síntomas molestias difusas abdominales y sensación de pesadez.



12.12. Notas de evolución del 19 al 21 de julio de 2016, en la que AR4 describió a V, con absceso hepático que ameritó drenaje percutáneo por Radiología Intervencionista,¹² con solicitud de ultrasonografía de hígado y vías biliares.

12.13. Estudio ultrasonográfico de 22 de julio de 2016 en el cual radiología intervencionista indicó que el drenaje de absceso hepático evidenció material purulento.

12.14. Nota de evolución de Cirugía General de 23 de julio de 2016, en la que AR5 describió que V tenía drenaje con abundante sedimento purulento y que continuaría con el manejo médico implementado.

12.15. Hoja de Enfermería de 24 de julio de 2016, en la cual se asentó el seguimiento a las indicaciones prescritas para el manejo clínico de V.

12.16. Notas de evolución del 25 al 29 de julio de 2016, en las cuales AR6 (de acuerdo con informe que presentó) adscrito a Cirugía General describió a V, con absceso hepático y dificultad respiratoria que mejoró.

12.17. Informe clínico y resultados de laboratorio de 25 y 28 de julio de 2016, respectivamente, en los cuales se describió a V con *Escherichia coli*.¹³

¹² Uso de técnicas de diagnóstico por la imagen útil como guía para diagnosticar y tratar ciertos problemas en vasos sanguíneos y linfáticos.

¹³ La mayoría de los tipos de *E. coli* son inofensivos y son parte de un tracto intestinal sano, empero algunos causan enfermedades que pueden ser graves como la diarrea, infecciones urinarias, enfermedades respiratorias e infecciones del torrente sanguíneo.



12.18. Hojas de enfermería del 25 al 29 de julio de 2016, en la cual se asentó el seguimiento de las indicaciones de AR6.

12.19. Notas de evolución de Cirugía General del 30 y 31 de julio de 2016, en las cuales AR5 reportó a V, con persistencia de náuseas y candidiasis¹⁴ oral intensa y odinofagia,¹⁵ lo que ameritó fluconazol y mismo manejo médico.

12.20. Hojas de Enfermería de 30 y 31 de julio de 2016, en las cuales se asentó el seguimiento a las indicaciones para el manejo clínico de V.

12.21. Hoja de egreso hospitalario de tres de agosto de 2016, en la cual AR7 indicó el alta en ambulancia de V, por mejoría con cita en la consulta externa en dos semanas a Cirugía con AR4, cita abierta en Urgencias y para ultrasonido de hígado y vías biliares en seis semanas.

12.22. Hoja de Urgencias de cuatro de agosto de 2016, en la cual PSP2 solicitó interconsulta a Medicina Interna por la impresión diagnóstica de V con probable neumonía intrahospitalaria, deshidratación severa, postoperado de drenaje de absceso hepático, diabetes mellitus II descontrolada e hipertensión arterial sistémica descompensada por hipotensión.

12.23. Comprobante de valoración de triage de las 16:27 a las 16:31 horas del cuatro de agosto de 2016, en la cual se le asignó a V color rojo, esto es, que requería atención médica pronta, pero “su condición no pone en riesgo su vida

¹⁴ Infección en la que el hongo *Candida albicans* se acumula en la boca.

¹⁵ Trastorno en el que la deglución se dificulta y resulta dolorosa. El paciente puede sentir dolor en la garganta, la boca o el esófago al tragar alimentos sólidos, líquidos o incluso su saliva.



o la función de un órgano”, por lo cual se le atendería en un tiempo estimado de 15 minutos.

12.24. Nota de Medicina Interna de las 22:00 del cuatro de agosto de 2016, en la que PSP4 adscrito a Medicina Interna reportó que dada la gravedad de V requería manejo en la UCI.

12.25. Nota de “autorización de tratamiento” de cuatro de agosto de 2016, en la que VI1 autorizó a los médicos encargados de V el “tratamiento médico o quirúrgico de su mal. Aceptando los riesgos (...) que el uso de dichos procedimientos implique (...)”.

12.26. Nota de interconsulta de la UCI de cinco de agosto de 2016, en la cual se describió a V, sin datos de irritación peritoneal ni de sangrado activo de tubo digestivo.

12.27. Hoja de operaciones de cinco de agosto de 2016, en la cual se asentó que la laparotomía exploradora realizada a V demostró perforación de vesícula con piocolecisto¹⁶ y absceso localizado.

12.28. Indicaciones médicas de cinco de agosto de 2016, en la cual se asentó que V continuaría en ayuno con “rutina de UCI” y medicamentos.

¹⁶ Condición cuando la vesícula biliar revienta, se filtra o gotea, lo cual sucede en raras ocasiones, pero puede causar la muerte y el piocolecisto es el contenido purulento en el interior de la vesícula por infección, cálculo o inflamación de la mucosa.



12.29. Notas de evolución del cinco al ocho de agosto de 2016, en las cuales se reportó a V, con colecistectomía secundaria a piocolecisto continuándose con manejo de sepsis abdominal y soporte ventilatorio ante su estado de salud grave.

12.30. Notas de evolución de 10 al 11 de agosto de 2016, en las cuales se describió a V, con evolución neurológica con paresia¹⁷ izquierda.

12.31. Hoja de enfermería de la UCI de 12 de agosto de 2016, en la cual se asentó que V regresó a piso de Cirugía General.

12.32. Hojas de enfermería del 13 al 15 de agosto de 2016, en las cuales se registró el seguimiento brindado a V en Cirugía General hasta su fallecimiento.

12.33. Informe sin fecha a través del cual PSP8 destacó que el manejo de V fue asertivo y acorde a los protocolos establecidos en tiempo y forma y que la conducta deontológica¹⁸ y profesional del personal médico no quedaba en tela de juicio.

12.34. Informe médico sin fecha a través del AR1 indicó que valoró a V del 17 al 18 de julio de 2016, reportándolo como paciente delicado con pronóstico reservado a evolución.

¹⁷ Puede ser causada por lesiones cerebelosas, espinales o de la raíz cerebral que dan lugar a la pérdida de fuerza muscular durante la contracción voluntaria del músculo o ante una mala postura (parálisis).

¹⁸ La deontología es una teoría ética que regula los deberes traduciéndolos en preceptos, normas morales y reglas de conducta dejando fuera de su ámbito específico de interés otros aspectos de la moral.



12.35. Informe sin fecha mediante el cual AR4 realizó consideraciones en tomo a la atención médica de V desde el 19 al 22 de julio de 2016 en el servicio de Cirugía General.

12.36. Oficio 022-107-AD-309/2016 de uno de noviembre de 2016, por el cual la Unidad de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social en el ISSSTE, Delegación Estatal Querétaro comunicó a PSP8, que a esa fecha QV no había presentado solicitud de reembolso.

12.37. Informe de uno de noviembre de 2016, a través del cual AR3 informó que el 17 de julio de 2016 revisó a V, en la guardia nocturna y decidió su ingreso al área de corta estancia para estudios de laboratorio, gasometría y radiografía de apoyo diagnóstico.

12.38. Informe de uno de noviembre de 2016 a través del cual AR7 indicó la atención dada a V el tres, cinco, ocho y 15 de agosto de 2016.

12.39. Informe de tres de noviembre de 2016, mediante el cual AR6 informó la atención que brindó a V desde que ingresó el 25 de julio de 2016, así como, durante el 26, 27, 28 y 29 de ese mismo mes y año, revalorándolo del cinco hasta el 12 de agosto de 2016.

12.40. Informe de cuatro de noviembre de 2016, por el cual PSP7 informó a PSP8 que debido a que el 15 de agosto de 2016, V presentó parada cardiorrespiratoria acudió a su habitación a las 11:15 horas y efectuaron maniobras de reanimación a las que no respondió dándose por fallecido a las 11:35 horas.



12.41. Informe de nueve de noviembre de 2016, por el cual personal médico internista adscrito al Hospital General “Querétaro”, reseñó la atención médica que brindó a V los días cuatro, seis y siete de agosto de 2016.

12.42. Resumen médico de 11 de noviembre de 2016, a través del cual AR5 destacó los antecedentes clínicos de V y la atención que le brindó.

12.43. Nota informativa de siete de noviembre de 2016, mediante la cual Coordinación de Recursos Materiales y la jefatura de Almacén del Hospital General “Querétaro” informaron que, con base en la solicitud del material utilizado para V, se recibió solicitud de PSP4 el 20 de julio de 2016, material entregado al servicio de abastos y ellos lo entregaron el 11 de agosto de ese mismo año.

13. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/1602-6/22 de 23 de febrero de 2022, a través del cual el ISSSTE adjuntó a esta CNDH, copia de la resolución emitida en el Recurso de Reconsideración CONAMED en el cual el Comité de Quejas Médicas en su Segunda Sesión Ordinaria 2019 de 28 de enero de 2019 lo desechó sin lugar a pago de indemnización.

14. Opinión Médica de 28 de octubre de 2022, en la que personal médico de esta CNDH concluyó que la atención médica brindada a V del 13 de julio al 3 de agosto de 2016 en el Hospital General “Querétaro”, fue inadecuada.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

15. Debido a que el 16 de agosto de 2016, personal de la funeraria entregó a VI2, unas “tijeras encontradas después del proceso de la cremación de V”, el 14 de septiembre de ese mismo año, QV solicitó indemnización ante la CONAMED, registrándose su petición el tres de octubre de ese año en la Dirección General de Conciliación como Expediente de Queja CONAMED.

16. El 29 de septiembre de 2017, la Subcomisión Médica de la CONAMED emitió un “oficio de calidad” a través del cual comunicó a la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, las irregularidades que advirtió en la atención médica facilitada a V para que se considerarán en la resolución del Comité Técnico de Solicitudes de Reembolso y Queja Médica de dicho Instituto.

17. Sin embargo, en la audiencia de conciliación vía telefónica celebrada el dos de marzo de 2018, QV ratificó su pretensión de indemnización, mientras que los representantes del ISSSTE indicaron que por unanimidad de votos el Comité de Quejas Médicas de dicho Instituto dictaminó como improcedente lo solicitado en términos del ACUERDO CQM.EXT.05/2017.16 por que no existió deficiencia, negativa o imposibilidad institucional, ni evidencia de que hubiera habido material quirúrgico como lo refirió en su queja.

18. QV externó su desacuerdo y solicitó dejaran a salvo sus derechos para hacerlos valer en la vía y forma que más le conviniera, consecuentemente el Expediente de Queja CONAMED se acordó como “asunto no conciliado”.

19. Inconforme con la determinación del Comité de Quejas Médicas del ISSSTE el 13 de abril de 2018, QV promovió Recurso de Reconsideración CONAMED (escrito de impugnación), ante la Subdelegación Médica en Querétaro del ISSSTE; sin embargo, al haberlo presentado fuera de plazo, esto es, después de 21 días hábiles de la fecha en la que se le dio a conocer (14 de marzo de 2018), se desechó el acto impugnado con solicitud de indemnización.

20. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación, no obran constancias que acrediten que QV hubiere denunciado ante la FGR los hechos derivados de la queja.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

21. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2019/2546/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 de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como, de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud que derivó en la pérdida de la vida de V, persona adulta mayor, así como, al acceso a la información en materia de salud en su agravio y de QV, VI1 y VI2 atribuibles a personal del Hospital General “Querétaro” atento a las siguientes consideraciones.



A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD

22. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,¹⁹ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.

23. La SCJN ha establecido que, “(...) El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”.²⁰

24. Este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009 emitió la Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la cual afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja y demanda la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

¹⁹ CNDH. Recomendaciones: 174/2022, párrafo 35, 92/2022, párrafo 18, 71/2021, párrafo 41; 80/2019, párrafo 30; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28 y 14/2016, párrafo 28, entre otras.

²⁰ Jurisprudencia administrativa, “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, Registro 167530.



25. El párrafo primero, del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que: "(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)"; a su vez, el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre indica que, "toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...), correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y (...) de la comunidad".

26. El párrafo 1º, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como "(...) un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás (...). Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante (...) procedimientos complementarios, como (...) aplicación de (...) programas de salud elaborados por la (...) (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)".²¹

27. En los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", se reconoce el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por ello el Estado debe adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el

²¹ "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud". Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.



“Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”,²² consideró que, “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

28. Del análisis se advirtió que AR1, AR2, AR3 y AR7 adscritos al servicio de Urgencias, así como AR4, AR5 y AR6 del servicio de Cirugía General en el Hospital General “Querétaro” derivado de su calidad de garantes atento a lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, vigente al momento de los hechos omitieron la adecuada atención médica que V requería para brindarle tratamiento oportuno a una persona adulta mayor con dos padecimientos que requerían resolución quirúrgica, considerándose sólo uno de ellos, lo cual incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud que derivó en la pérdida de la vida, así como, en la falta de acceso a la información en materia de salud en su agravio y de las víctimas indirectas como se analizará posterior a sus antecedentes clínicos.

❖ **Antecedentes clínicos de V**

29. V, persona del sexo masculino de 79 años al momento de los hechos, portador de diabetes mellitus II en tratamiento (metformina, glibenclamida y linagliptina) e hipertensión arterial sistémica tratada con micardis plus (telmisartán/hidrocolotiazida).

30. A las 21:44 horas del 13 de julio de 2016, V arribó al servicio de Urgencias del Hospital General “Querétaro” donde le indicó a PSP1 que hacía diez días inició

²² Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.



con diarrea (por tres días) en ese momento sin ella y desde hacía cuatro con falta de fuerzas (astenia) y disminución de movimiento (adinamia) ya que no deambulaba desde “ayer” y tuvo fiebre, por lo cual lo revisó un médico particular, sin embargo continuó con vomitó en una ocasión y persistencia de la debilidad que le impedía deambular además presentaba calambres en las extremidades y sudoración.

31. Al encontrarlo PSP1, con tensión arterial de 111/93 mmHg, frecuencia cardiaca 100 latidos por minuto y 38°C de temperatura, lo diagnosticó con diabetes mellitus descontrolada, hipertensión arterial en tratamiento, fiebre a determinar causa probable e infección de vías urinarias y solicitó para revaloración biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, examen general de orina y radiografía de tórax.

A.1. Violación al derecho humano a la protección a la salud de V en el Hospital General “Querétaro

❖ Atención del 14 al 15 de julio de 2016

32. A las 08:09 horas del 14 de julio de 2016, AR1 adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General “Querétaro” describió que V ingresó por deterioro de su estado general posterior a cuadro diarreico de varios días de evolución, resultando su biometría hemática con leucocitosis,²³ glucosa 398 mg/dl con “fiebre importante”.

²³ Significa que hay demasiados leucocitos circulando por la sangre, por lo general, debido a una infección.

33. En ese momento estaba totalmente deshidratado con mucosas orales secas, tensión arterial 110/60 mmHg, frecuencia cardiaca 80, frecuencia respiratoria 24 y temperatura 36°C, por lo cual le ajustó su tratamiento con rehidratación parenteral intensiva,²⁴ analgésico no esteroideo, antibiótico, control metabólico con insulina rápida a requerimiento y solicitó examen general de orina.

34. Desde el punto de vista médico forense personal de esta CNDH, determinó que AR1 omitió la solicitud de interconsulta con Medicina Interna por la leucocitosis de 16.19 (normal 4.50 a 11.00), tiempos de coagulación prolongados 15.7 (normal 12.5 a 14.5), hiperglucemia de 398 (normal 70 a 110) y diagnóstico de fiebre en estudio de V, aunado a que sin contar con el resultado del examen general de orina le cambió el antibiótico ceftriaxona por levofloxacino y suspendió el antihipertensivo telmizertan/hidroclorotiazida.

35. Para el 15 de julio de 2016, si bien, AR2 del mismo servicio de Urgencias reportó a V, sin diarrea ni malestar, afebril, con tolerancia a la vía oral, sin complicaciones y resultados de laboratorio con mejora, ordenó su alta con signos vitales de 36.8°C de temperatura, frecuencia cardiaca de 84 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, tensión arterial 107/54 mmHg, destroxtis 73 mg/dl, leucocitosis de 12,000 e impresión diagnóstica de gastroenterocolitis y cuadro de deshidratación remitido a base de ciprofloxacino, suero vida oral, dejándole indicación para que regresara en caso de datos de alarma.

36. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se destacó que AR2 debió solicitar interconsulta con Medicina Interna por la leucocitosis de 12.08 (lo normal

²⁴ Método de elección para la deshidratación leve y moderada por diarrea.

4.5 a 11), la glucosa en orina de 1000 (normal cero), disminución a 9.6 en hemoglobina (anterior 13.4) y de plaquetas a 209 (anterior 316), que sumado a la tendencia a la hipotensión aún y cuando no se le estaba suministrando antihipertensivo le impidió percatarse que V contaba con datos clínicos inequívocos de respuesta inflamatoria sistémica,²⁵ aunado a que tampoco terminó el protocolo de estudio en búsqueda de la causa de la fiebre con que arribó, por tanto, el alta indicada fue prematura.

❖ **Reingreso de V a Urgencias del 17 de julio al cuatro de agosto de 2016**

37. Lo cual incidió para que a las 23:19 horas del 17 de julio de 2016, esto es, dos días posteriores, V reingresara a Urgencias del Hospital General “Querétaro” donde AR3 adscrita a dicho servicio asentó que ese día inició con dos episodios de vómito, náuseas intensas desde “ayer”, falta de aire (disnea), hinchazón (edema) de extremidades y fiebre de 38°C, agregó que egresó “hace una semana” con diagnóstico de gastroenteritis y deshidratación remitida con ciprofloxacino (día de tratamiento tres de diez) y metrodinazol (uno de diez de tratamiento).

38. Debido a que a la exploración física, AR3 lo reportó postrado en silla de ruedas, alerta, consciente, orientado en las tres esferas, afebril, regularmente hidratado, campos pulmonares con estertores roncantes bibasales (ruidos chasqueantes) escasos, extremidades torácicas y pélvicas con edema 2+ godete positivo,²⁶ con tensión arterial 100/60, frecuencia cardiaca 110, glucemia capilar 271

²⁵ Afección grave por la que se inflama todo el cuerpo pudiendo ser causa de infección bacteriana grave (sepsis), trauma o pancreatitis, caracterizada por pulso rápido, presión arterial baja, temperatura del cuerpo alta o baja y recuento de glóbulos blancos alto o bajo.

²⁶ El signo de Godet o signo de la fóvea es el hundimiento sostenido de la piel al hacer presión sobre un punto donde haya un relieve óseo debajo, por ejemplo, en la cara anterior de la pierna y es utilizado en el examen físico de un paciente con edema.

y saturación de oxígeno 89, lo diagnosticó con diabetes mellitus II descontrolada, hipertensión arterial sistémica en control, probable desequilibrio hidroelectrolítico (DHE) y probable enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC indicándole corta estancia, signos vitales por turno y cuidados generales de enfermería, destroxis por turno, solución fisiológica 250 cc para 24 horas, omeprazol, esquema de insulina a requerimiento, gasometría y tele de tórax.

39. En la revaloración que AR3 realizó a las 05:42 del 18 de julio de 2016, describió a V, con persistencia de cifras altas de glucosa capilar, en tanto, la tele de tórax evidenció leve aumento de espacios intercostales y exudado, leucocitos de 15050, tiempo de protombina (TP)²⁷ 15.5, glucosa 271, urea²⁸ 70.6, examen general de orina con glucosuria (glucosa en la orina), cetonuria (cetonas en la orina) y hematuria (sangre en la orina).

40. En opinión del médico de este Organismo Nacional, AR3 omitió indicarle a V, oxígeno por puntas nasales por sospecha de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, saturación de oxígeno de 89%, aumento de espacios intercostales y exudados demostrados en la radiografía de tórax, lo que además ameritaba interconsulta con Medicina Interna y ante la inadecuada exploración física pasó desapercibida la presencia de masa a nivel abdominal, y en consecuencia, no se percató del absceso hepático de 250 cc que ya presentaba.

41. Durante las revisiones de las 08:00, 19:30 y 23:00 horas del 18 de julio de 2016, AR1, PSP2 y PSP3 adscritos a Urgencias del Hospital General “Querétaro”

²⁷ Examen de sangre que mide el tiempo que tarda la porción líquida de la sangre (plasma) en coagularse.

²⁸ Examen que sirve para determinar el buen funcionamiento de los riñones, valorar enfermedades renales y deshidratación.

reportaron a V, asintomático, alerta, afebril, totalmente deshidratado, con abdomen ligeramente doloroso a la palpación profunda sobre epigastrio e hipocondrio derecho sin datos de irritación peritoneal, síndrome de derrame pleural basal bilateral y hepatomegalia.

42. Destacaron que el ultrasonido de hígado y vías biliares demostró posible absceso hepático de 108x83x53 mm y volumen aproximado de 250 cc, por lo cual lo diagnosticaron con probable absceso hepático en lóbulo izquierdo, hepatomegalia y colecistitis crónica litiásica, lo que se corroboró con la tomografía axial computarizada de abdomen cuando demostró imagen sugerente de probable absceso hepático muy cerca del diafragma al parecer multiseptada.

43. Y los resultados de los laboratorios (sin que se especificara fecha) demostraron leucocitosis (15000), tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina dentro de valores de referencia y glucosa de 271, por lo que adecuadamente ajustaron tratamiento con rehidratación parenteral, antiinflamatorios no esteroideos y solicitud de interconsulta a Cirugía General y Medicina Interna para que se valorara una punción guiada por Radiología Intervencionista para drenaje y toma de biopsia, razón por la que V pasó al servicio de Cirugía General para completar su protocolo sin que descartaran la posibilidad de cirugía en breve por absceso hepático amebiano contra tumoración hepática.

44. Del 19 al 22 de julio de 2016, AR4 del servicio de Cirugía General revisó a V y previa valoración del caso indicó que su absceso hepático ameritaba drenaje percutáneo, explicó a sus “familiares” que el material llegaría ese día (lo cual será materia de valoración más adelante) y de no hacerse la punción percutánea la otra

opción era cirugía con “drenaje a cielo abierto”,²⁹ solicitando dos unidades de plasma fresco congelado y albúmina,³⁰ más ultrasonografía de hígado y vías biliares.

45. Fue hasta el 22 de julio de 2016, cuando PSP4 adscrito a Radiología Intervencionista indicó que el ultrasonido evidenció colección intrahepática hipoecoica³¹ multiloculada³² en segmentos del lóbulo izquierdo, por lo cual le realizó drenaje de absceso hepático a V, mediante punción con aguja coaxial³³ y colocación de catéter multipropósito,³⁴ con envió de 20 cc del material purulento para cultivo e indicó cuantificación del gasto diario del catéter, aseo en el sitio de emergencia y en caso de que el drenaje fuera menor a 5 cc, solicitud de tomografía computarizada para la valoración del retiro del catéter.

46. El 23 de julio de 2016, AR5 diagnosticó a V con absceso hepático drenado vía percutánea, el cual continuaba drenando líquido purulento con abdomen blando depresible sin alarma peritoneal,³⁵ y debido a que el referido paciente refirió mejoría clínica con náusea y vómito por la mañana “por olor fétido en el baño”, agregó cinitrapida (tratamiento del reflujo gastroesofágico) y asentó que el “lunes” se le

²⁹ Procedimiento en el que se realiza una incisión en la piel para extraer el tejido anormal y observarlo al microscopio para verificar si hay signos de enfermedad.

³⁰ Proteína producida por el hígado que ingresa al torrente sanguíneo y ayuda a mantener el líquido sin que se filtre de los vasos sanguíneos a otros tejidos, igualmente transporta varias hormonas, vitaminas y enzimas por el cuerpo.

³¹ Aquella que presenta ecos de bajo nivel, como los quistes complicados o los fibroadenomas.

³² Tejido cuyos adipocitos presentan una gran gota de lípidos, y el formado por grasa parda (o multilocular).

³³ Dispositivo médico destinado a la toma de muestra o biopsia de tejidos blandos de forma semiautomática.

³⁴ Indicados para drenaje percutáneo en diversas aplicaciones de drenaje (nefrostomías -abertura artificial entre el riñón y la piel que permite la derivación urinaria directamente desde la parte superior del sistema urinario-, biliares y de abscesos) empleando la técnica de acceso mediante punción directa con trocar o la técnica de acceso de Seldinger (acceso percutáneo vascular o de otros órganos de una forma segura).

³⁵ Tejido que tapiza la pared abdominal y cubre la mayoría de los órganos del abdomen.

realizaría imagen de control por lo que continuaría su mismo manejo médico a base de antibióticos (metrodinazol, levofloxacino), analgésicos, antipiréticos (paracetamol y metamizol), procinético/antiemético (metrioclopramida y cinitaprida) y proteína.

47. De la hoja de enfermería se advirtió que durante el 24 de julio de 2016, V continuó con el mismo manejo médico al cual se agregó el antiemético (ondasetron) y durante el 25 al 29 de ese mes y año, AR6 adscrito a Cirugía General lo describió con absceso hepático, gasto moderado por drenaje, algunas natas fibrinopurulentas,³⁶ leve dificultad respiratoria y con base en la TAC realizado el día anterior determinó que aún no le sería retirado el drenaje con gasto mínimo.

48. AR6, igualmente reportó que V continuaba con dificultad respiratoria y que aún no caminaba insistiéndole en la ambulación, a la revisión cardiopulmonar advirtió disminución de agudeza respiratoria y debido a que sus laboratorios evidenciaron hipoalbuminemia,³⁷ ordenó la continuidad de su manejo médico y agregó diurético (furosemide) y fórmula polimérica,³⁸ con solicitud de interconsulta a Inhaloterapia con laboratorios de control.

³⁶ La literatura especializada señala que en función de los hallazgos macroscópicos e histológicos se distinguen tipos de apendicitis que guardan relación con el tiempo de evolución del proceso apendicular, en la apendicitis simple o catarral (fase I) se observa edema y congestión de la mucosa; en la apendicitis fibrinopurulenta (fase II) aparecen erosiones de mucosa y exudados que provocan acumulación de fibrina en la serosa del apéndice cecal; si el proceso inflamatorio continúa se presenta apendicitis gangrenosa (fase III) caracterizada por áreas de necrosis y destrucción de la pared, finalmente, al extenderse la necrosis se produce perforación apendicular (fase IV) con formación de absceso local o por diseminación del proceso se desarrolla peritonitis generalizada con múltiples abscesos intraperitoneales (pélvicos, subhepáticos y subdiafragmáticos).

³⁷ Provoca disminución en la presión oncótica del plasma (es una forma de presión osmótica debida a la diferencia de concentración de proteínas plasmáticas entre el plasma sanguíneo y líquido intersticial) provocando extravasación del plasma (escape de sangre, linfa u otro líquido, desde un vaso sanguíneo o un tubo hacia el tejido que lo rodea) y edema (hinchazón).

³⁸ Bebida nutricional que puede ayudar a las personas que no pueden obtener lo que necesitan de alimentación habitual y otras bebidas, pudiéndose tomar por boca o administrar a través de un tubo introducido en la nariz hasta el estómago o intestino delgado.



49. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional AR6 soslayó la solicitud de interconsulta a Medicina Interna ante la dificultad respiratoria y descontrol en cifras de tensión arterial reportadas por enfermería, lo cual ameritaba oxígeno por puntas nasales, así como, revisión por el servicio de Infectología por el resultado de cultivo de líquido de ascitis con presencia de “*escherichia coli*”.

50. El 25 de julio de 2016, PSP4 de Radiología Intervencionista decidió que aún no retiraría el drenaje a V porque su tomografía torácico abdominal evidenció que el catéter aún estaba al interior de la colección la cual había reducido considerablemente sus dimensiones pero persistía con líquido al interior, además se apreció que el catéter no contactaba a la vesícula biliar porque el sitio de entrada fue a nivel del epigastrio y la vesícula se encuentra en la fosa correspondiente, con pared inflamada íntegra sin evidencia de perforación o colecciones en su periferia aún con litos;³⁹ hallazgos que desde el punto de vista médico legal de esta CNDH, confirmaron una patología a nivel de vesícula biliar que no fue tratada a tiempo por los médicos cirujanos a cargo de V y que incidió en el detrimento a su salud como se corroborará enseguida.

51. Durante el 26 de agosto (sic) de 2016, PSP4 consideró la permanencia del catéter del drenaje por el volumen observado en el rastreo sonográfico⁴⁰ y persistencia de salida de material purulento, siendo así como el 30 y 31 de julio de la referida anualidad, AR5 diagnosticó a V, con absceso hepático drenado vía

³⁹ Los cálculos, piedras o litos son formaciones sólidas compuestas de pequeños cristales en las vías urinarias.

⁴⁰ Forma simplificada pero metódica de abordar los órganos para optimizar resultados para establecer un orden y priorizar acciones y optimizar tiempos de rastreo mediante el abordaje de lo general a lo particular como confirmación de las condiciones mediante rastreos en dos direcciones (ventaja del ultrasonido sobre otros métodos de imagen).



percutánea con persistencia de náuseas y candidiasis oral⁴¹ intensa más odinofagia,⁴² indicativo “seguramente” de extensión esofágica, por lo cual agregó a su manejo médico fluconazol (antimicótico) y solicitó laboratorios de control.

52. En opinión del especialista de esta Comisión Nacional AR5 debió haber solicitado interconsulta a Medicina Interna e Infectología por la candidiasis oral y descontrol en cifras de tensión arterial más resultado del cultivo de líquido de ascitis con escherichia coli, respectivamente.

53. Igualmente, de las hojas de enfermería del uno al tres de agosto de 2016, se advirtió que V continuó con el mismo manejo médico y debido a que en la última fecha AR7 lo reportó con mejoría del diagnóstico de absceso hepático con drenaje vía percutánea, sin catéter y evolución favorable, disminución de leucocitos, tolerancia a la vía oral, afebril y evacuaciones presentes, indicó su alta en ambulancia para que continuara su manejo por la consulta externa en dos semanas con AR4 y acudir a Urgencias en caso de fiebre y vómito, cita a ultrasonido de hígado y vías biliares en seis semanas.

54. Desde el punto de vista del personal médico de esta CNDH, la indicación de alta médica de AR7 fue prematura porque desestimó las infecciones caracterizadas por candidiasis (hongo) en tracto digestivo alto (comprende esófago, estómago y parte superior del intestino delgado llamado duodeno) y escherichia coli (bacteria) a nivel de cavidad abdominal pese a que se le suministraba antibióticos y antimicóticos, lo cual era indicativo de que cursó compromiso importante del sistema inmunitario y se encontraba en descontrol hipertensivo sin que en momento alguno

⁴¹ Infección en la que el hongo *Candida albicans* se acumula en la boca.

⁴² Trastorno en el que la deglución se dificulta y resulta dolorosa.

se hubiera solicitado interconsulta a Infectología ni a Medicina Interna, a lo cual se adicionó que:

54.1. AR4, AR5, AR6 y AR7 desestimaron en sus respectivas valoraciones que V también cursaba con colecistitis crónica litiásica confirmada por ultrasonografía del 18 de julio de 2016, afirmación que se sustenta con la ausencia de seguimiento por dicho hallazgo, aunado a que tampoco solicitaron valoración por Radiología Intervencionista para que se valorara un drenaje a la vesícula biliar y laparotomía exploradora ante las dos patologías que requerían resolverse mediante cirugía, esto es, el absceso hepático y la colecistitis crónica litiásica.

54.2. A lo cual se sumó el retraso en la disponibilidad de material (catéter) para efectuar el drenaje programado para el 20 de julio de 2016, aunado a que para el 22 de ese mismo mes y año, el manejo médico y quirúrgico de V se limitó a la resolución del absceso hepático lo que incidió para que la colecistitis crónica litiásica se agudizara y progresara en su historia natural complicándose hasta ocasionarle a V, perforación y subsecuente sepsis abdominal como se comprobará más adelante, por tanto, AR4, AR5, AR6 y AR7 incumplieron en lo señalado en la Guía de Práctica Clínica, Colecistitis Asociación Mexicana de Cirugía General la cual recomienda en lo que interesa que:

54.2.1. En pacientes con grado I (leve), se sugiere colecistectomía en la etapa temprana, esto es, dentro de las primeras 72 horas del inicio de los síntomas, y si se decide tratamiento conservador que no tenga respuesta al manejo inicial en 24 horas, se debe reconsiderar la colecistectomía temprana

siempre que esté en las 72 horas desde el inicio de los síntomas o del drenaje de la vía biliar.

54.2.2. Para pacientes con grado II (moderado), se recomienda drenaje biliar inmediato o drenaje para cuando no haya mejoría temprana (o colecistectomía en centros experimentados) en conjunto con el tratamiento inicial y para pacientes con grados II y grado III (severo) con alto riesgo quirúrgico, la realización de drenaje biliar inmediatamente con hemocultivo y/o cultivo de bilis, lo que AR4, AR5, AR6 y AR7 no consideraron en perjuicio de la salud de V como se acredita enseguida.

55. Con base en lo expuesto AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 vulneraron el derecho humano a la salud de V con la consecuente pérdida de la vida lo cual encuentra sustento con lo siguiente.

❖ **Reingreso de V a Urgencias del cuatro al 15 de agosto de 2016**

56. Como consecuencia de la irregular atención médica proporcionada a V, más el alta injustificada indicada por AR7, el cuatro de agosto de 2016, reingresó a Urgencias reportándolo PSP2, con temperatura (38.5°C), 23 respiraciones por minuto, tensión arterial 90/50, frecuencia cardiaca 98, saturación de oxígeno 90; a la exploración física, estuporoso,⁴³ con deshidratación severa y fiebre, por lo cual fue diagnosticado con probable neumonía intrahospitalaria,⁴⁴ deshidratación severa,

⁴³ Estado de falta de reacción excesivamente profundo en el que los afectados solo pueden ser sacados de este estado brevemente y mediante estímulos muy intensos, como sacudidas, gritos o pellizcos. El coma es un estado de completa falta de respuesta (exceptuando únicamente algunos reflejos automáticos).

⁴⁴ Infección de los pulmones que se presenta durante la hospitalización y que puede ser muy grave y en algunas veces mortal.

postoperado de drenaje de absceso hepático, diabetes mellitus II descontrolada e hipertensión arterial sistémica descompensada por hipotensión, lo cual ameritó interconsulta a Medicina Interna, la cual soslayaron en su momento AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7.

57. A las 22:00 de ese día, PSP5 adscrito a Medicina Interna diagnosticó a V, con choque hipovolémico,⁴⁵ probable hemorragia de tubo digestivo alto,⁴⁶ diabetes mellitus descompensada, en malas condiciones por deterioro neurológico (anomalía funcional de un área del cuerpo), estuporoso, con palidez de tegumentos +++++, mal hidratado, taquipneico,⁴⁷ taquicárdico,⁴⁸ así como con hipoglucemia severa.⁴⁹

58. Reportó que los resultados de sus laboratorios evidenciaron anemia severa de 4.8 sin foco infeccioso evidente, dejándole doble esquema por antecedente de absceso hepático y dada su gravedad solicitó manejo en la UCI, suministrándole solución fisiológica, sulfato de magnesio, protector de la mucosa gástrica (omeprazol), solución hartman, oxígeno por mascarilla y cuatro paquetes globulares.

59. A las 01:40 horas del cinco de agosto de 2016, personal de la UCI describió a V, sin datos de irritación peritoneal ni sangrado activo de tubo digestivo, sugirió

⁴⁵ Afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo, lo que puede ocasionar que muchos órganos dejen de funcionar.

⁴⁶ Presencia de sangre en el tracto digestivo alto proveniente de la mucosa o vasos sanguíneos que se localizan entre el esófago y el ángulo de Treitz, es decir, la división entre la cuarta sección del duodeno y el yeyuno.

⁴⁷ Término utilizado para describir si la respiración está demasiado acelerada, particularmente en presencia de respiración rápida y superficial por neumopatía u otra causa de salud.

⁴⁸ Latido cardíaco rápido regular o irregular pero que no está en proporción con la edad y el nivel de esfuerzo físico o actividad.

⁴⁹ Se produce cuando el nivel de glucosa sanguínea baja demasiado como para que continúen las funciones corporales.

corrección de anemia, mejorar hidratación y examen general de orina, quedando a cargo de Urgencias y, “(...) en cuanto se haga la limpieza exhaustiva de las camas de la [UCI] solicitar nueva interconsulta para ingreso (...)”, y solicitó tres paquetes globulares, solución fisiológica 1000 cc para cuatro horas con vigilancia estrecha.

60. A las 08:00 del cinco de agosto de 2016, se reportó a V, postoperado de drenaje percutáneo de absceso hepático, choque hipovolémico y sepsis, realizándole laparotomía exploradora, colecistectomía abierta, lavado de calidad y colocación de drenaje a través de la incisión media supraumbilical hasta cavidad en la cual se localizó plastrón formado por vesícula, duodeno, estómago y epiplón, abriéndose y aspirándose abundante material purulento, al tiempo que se identificó perforación de vesícula y mitad adherida a duodeno y estómago, realizándose disección de adherencias firmes y laxas hasta despegar la vesícula de estómago y duodeno sin que se apreciaran orificios fistulosos⁵⁰ lavándose la cavidad con irrisep⁵¹ y colocación de drenaje tipo Saratoga⁵² en hiato de Winslow,⁵³ procediéndose al cierre de pared por planos con sutura y técnica habitual, siendo su diagnóstico postoperatorio, perforación de vesícula con piocolecisto y absceso localizado.

61. En opinión del médico de este Organismo Nacional la perforación de la vesícula biliar fue secundaria a la colecistitis litiásica crónica agudizada que de acuerdo a la Literatura Médica Especializada se originó por el absceso hepático, el

⁵⁰ Pequeños clips que se introducen por el interior del endoscopio, y consisten en un dispositivo metálico con dos patas que se cierran endoscópicamente atrapando tejido en su interior.

⁵¹ Sistema de irrigación autónomo que proporciona lavado a baja presión para limpiar mecánicamente la herida y eliminar microorganismos.

⁵² Tubo multiperforado hecho de silicona con dos luces, la extrema permite la entrada de aire y la interna la conexión a un sistema de aspiración.

⁵³ Espacio entre la vena porta y la vena cava inferior, comunicación virtual entre la cavidad peritoneal mayor y la transcavidad de los epiplones.

cual “distrajo” la atención de AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, por enfocarse solamente a su tratamiento médico quirúrgico, lo que junto al desarrollo del plastrón (respuesta primaria del organismo para limitar el daño consistente tapar la perforación con el epiplón) modificaron el cuadro de colecistitis litiásica agudizada detectada desde el ultrasonido del 18 de julio de 2016, permitiendo como se ha mencionado la evolución de la historia natural de la enfermedad hasta la perforación y subsecuente sepsis de origen abdominal, lo cual evidenció las irregularidades en el manejo médico implementado por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7.

62. Hasta las 10:00 horas del cinco de agosto de 2016, V ingresó a la UCI procedente de quirófano reportándolo PSP6 estable, con signos vitales dentro de parámetros normales aún bajo efecto anestésico, lo cual ameritó que se le ajustara su manejo con triple esquema antibiótico, así como la transfusión de dos paquetes globulares, ayuno, “rutina de UCI”, omeprazol, metrodinazol, meropenem, ceftazidima, tramadol, midazolam, solución Hartman y destroxitis un esquema de insulina rápida, ventilación mecánica, así como, nebulizaciones con comvivent.

63. V permaneció en la UCI con atención multidisciplinaria por Medicina Interna y Cirugía General mostrando evolución hacia la mejoría hasta el 11 de agosto de 2016, cuando se le reportó con tensión arterial de 136/58, frecuencia cardíaca 95, frecuencia respiratoria 24, temperatura 36°C, saturación de oxígeno 99, tensión arterial media 77, despierto, extubado, poco reactivo, área pulmonar con buena ventilación y ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, abdomen con herida quirúrgica limpia, peristalsis disminuida, edema en escroto y en extremidades, así como, pared abdominal por sobrehidratación.



64. Evidenciando los resultados de sus estudios de laboratorio leucocitos (7160), hemoglobina (10.7), plaquetas (175000) y glucosa de 121, con buena respuesta a la extubación, agregándose a su manejo clínico pequeñas dosis de diurético para un balance negativo (ocurre por pérdidas importantes de líquidos digestivos) y disminuir la hinchazón (edema), indicándose su regreso a piso de Cirugía General a las 16:30 horas del 12 de agosto de 2016.

65. De acuerdo con lo asentado en las hojas de enfermería del 13 al 15 de agosto de 2016, AR5 indicó seguimiento a base de solución hartman, protector de la mucosa gástrica (omeprazol), anticoagulante (heparina), hipoglucemiante (insulina), diurético (furosemida), antibiótico (levofloxacino) y oxígeno y nebulizaciones pulmicort, también solicitó valoración por Clínica de Heridas y requirió apoyo mecánico ventilatorio nuevamente.

66. No obstante, el 15 de agosto de 2016, V presentó paro cardiorrespiratorio refractario a maniobras de reanimación externas (se siguió protocolo de parada cardíaca y respiratoria), consecuentemente PSP7 certificó como hora del fallecimiento, las 11:57 horas y estableció como causa choque séptico y falla orgánica (SIRPA).

67. Desde el punto de vista médico legal personal de este Organismo Nacional concluyó que el fallecimiento de V fue derivado del choque séptico de origen abdominal secundario a la perforación de la vesícula biliar la cual a su vez fue “secundaria” a cuadro de colecistitis litiásica crónica agudizada subestimada por la presencia de absceso hepático halógeno, por tanto, los médicos tratantes de V omitieron considerar que conforme a la Literatura Médica Especializada tanto el absceso como la colecistitis litiásica crónica agudizada ameritaban drenaje



percutáneo o resolución mediante laparotomía exploradora, por lo cual se afirmó que el deceso de V fue consecuencia de la inadecuada e inoportuna atención médica.

68. Al respecto, no pasan inadvertidos los informes suscritos por AR1, AR3, AR4, AR6 y AR7 con motivo de su respectiva intervención en el manejo clínico de V, cuyo contenido es coincidente con las evidencias previamente reseñadas sin que ahondaran en aspectos relativos a la queja de QV.

69. En consecuencia, las acciones y omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 adscritos al Hospital General “Querétaro” vulneraron el derecho humano a la protección a la salud de V que trascendió hasta la pérdida de la vida por haber incumplido con los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, 22 y 29, párrafo segundo constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracciones I y II, y 51 párrafo primero de la LGS, el artículo 9, del Reglamento de la LGS, así como, los artículos 8, fracciones V, VI y VII, así como, 22 del Reglamento del ISSSTE, así como lo establecido en la Guía de Práctica Clínica Colecistitis de la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.

70. La Opinión Médica de esta CNDH se sustentó con el contenido del “oficio de calidad” elaborado el 29 de septiembre de 2017 por la CONAMED, en el cual determinó que sí hubo irregularidades en la atención médica brindada a V, tan es así que solicitó a la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE fueran tomadas en consideración cuando el Comité Técnico de Solicitudes de Reembolso y Queja Médica de dicho Instituto emitiera su resolución, destacándose de dicha documental en lo que interesa lo siguiente:

70.1. Durante el primer ingreso de V acontecido el 13 de julio de 2016 a Urgencias del Hospital General “Querétaro”, no se ponderó su tiempo de evolución ni la falta de respuesta al tratamiento instituido en medio privado, por el contrario, llegó con incremento de sus síntomas generales, sin que se considerara el antecedente de diabetes mellitus de larga evolución, por el contrario, fue egresado prematuramente con sólo 28 horas en observación sin considerar la tendencia a la hipotensión a pesar de que se trataba de una persona hipertensa (107/54), aunado a que la taquicardia y persistencia de leucocitosis conforman el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, lo que hacía obligado una investigación a fondo del origen del mismo.

70.2. Como consecuencia, V reingresó a Urgencias dos días después por persistencia de fiebre, hipotensión y taquicardia, y pese a su mal estado de hidratación sólo recibió solución fisiológica 250 cc para 24 horas, lo cual generó que al siguiente día se le reportara como totalmente deshidratado debido a que el tratamiento instituido no se ajustó a sus condiciones clínicas.

70.3. El ultrasonido demostró un absceso hepático de dimensiones y cantidad considerable corroborado con la tomografía, y si bien se le hospitalizó para drenaje percutáneo, omitieron los hallazgos de pared irregular engrosada de cuatro a seis mm relacionados con un proceso de colecistitis aguda, centrándose la atención únicamente al diagnóstico de absceso hepático (como lo concluyó personal de esta CNDH).



70.4. Aun cuando durante el drenaje percutáneo V no presentó complicaciones aparentes, su evolución clínica fue insidiosa por persistencia de picos febriles y datos de dificultad respiratoria en un momento dado, sin que hubiera evidencia que los médicos conocieran el reporte del cultivo obtenido posterior a seis días y que demostró que V cursaba absceso hepático piógeno, sin que comentaran al respecto, a lo cual se adiciona la ausencia de notas médicas del uno y dos de agosto de 2016 que demuestran el incumplimiento de los facultativos y “abandono del paciente” en estado grave.

70.5. Tampoco consideraron los resultados de los laboratorios del 29 y 30 de julio de 2016, pese a que las cifras de hemoglobina iban a la baja, incluso en las notas de enfermería del uno y dos de agosto de 2016, se le advirtió con taquicardia, disnea, palidez de tegumentos, edema generalizado, ligera dificultad respiratoria y fiebre, pese a ello se decidió injustificadamente su egreso el tres de agosto de 2016, “esta mala determinación” quedó evidenciada con su reingreso al día siguiente en estado franco de choque séptico y anemia severa secundario a la complicación de la colecistitis aguda piogénica, perforación vesicular y absceso localizado mismos que “ya presentaba al momento de su egreso”, elementos suficientes para determinar una “mala práctica médica”.

70.6. El manejo postoperatorio en la UCI lo reportó con evolución lenta a la mejoría, siendo aparentemente egresado el 12 de agosto de 2016, sin que se conozca su evolución clínica posterior ante la falta de notas médicas de ese día al 14 de agosto de 2016, siendo hasta el 15 de ese mes y año cuando se advirtió



la nota de defunción lo cual nuevamente demostró “abandono del paciente” en estado grave en la Institución prestadora del servicio.

70.7. La CONAMED asentó como hipótesis, que el absceso hepático piógeno fue consecuencia directa de la patología vesicular aguda que no fue detectada en tiempo y forma, y, en síntesis, tales elementos de mala práctica médica favorecieron el deceso de V.

71. No obstante las irregularidades acreditadas por la CONAMED (y que se corroboran la Opinión Médica de esta CNDH), durante la audiencia de conciliación celebrada el 2 de marzo de 2018 vía telefónica en la CONAMED, se advirtió que los representantes del ISSSTE por unanimidad de votos indicaron que su Comité de Quejas Médicas dictaminó la petición de QV como improcedente al haber considerado que no existió deficiencia, negativa o imposibilidad institucional ni evidencia de que hubiera habido material quirúrgico como lo refirió en su queja.

72. A su vez, el Recurso de Reconsideración CONAMED promovido por QV ante la falta de respuesta a la pretensión de indemnización promovida en la Subdelegación Médica en Querétaro del ISSSTE fue desechada sin lugar a dicho pago por haberse presentado fuera de plazo; en este orden de ideas, llama la atención que PSP8, director de la “Unidad” indicara al Departamento de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos en lo que interesa que:

72.1. V representaba un caso de alto riesgo por sus patologías concomitantes de diabetes mellitus II e hipertensión arterial sistémica de larga duración,



tabaquismo crónico, cirugía de catarata bilateral y particularmente por su grupo etario (persona adulta mayor).

72.2. Quien desde su primer ingreso fue atendido conforme a protocolos hospitalarios, atención de urgencia, laboratorios y manejo acorde a su diagnóstico inicial de “DHE”, y cuando se le estabilizó y mejoró su estado metabólico de hidratación fue enviado a domicilio indicándose a los familiares del padecimiento y medidas de urgencia.

72.3. En los siguientes internamientos el protocolo fue acorde al nivel de atención primaria en el servicio de Urgencias con solicitud de interconsulta con especialistas por su sospecha diagnóstica aunado a que los auxiliares paraclínicos y de imagen se realizaron en tiempo y forma diagnosticándosele con probable absceso hepático y por protocolo médico sumado al consentimiento informado de sus familiares se optó por manejo de mínima invasión, esto es, “punción diagnóstica y terapéutica”.

72.4. Se informó a los “familiares” sobre el riesgo que el procedimiento implicaba y el inherente a un “paciente adulto mayor con reserva biológica limitada”, quien regresó con cuadro de choque séptico siendo estabilizado y a quien se le realizó cirugía con hallazgos de absceso localizado realizándose drenaje y aseo quirúrgico.

72.5. Dada su reserva biológica y patologías concomitantes finalmente falleció, agregó que su manejo fue asertivo y acorde a los protocolos establecidos en tiempo y forma aunado a que la conducta deontológica y profesional del



personal médico “no queda en tela de juicio” ya que reiteradamente se informó y bajo consentimiento de los familiares se realizaron las acciones pertinentes.

73. Contrario a la afirmación de PSP8, la CONAMED y personal especializado de esta CNDH fueron coincidentes en las irregularidades advertidas en el manejo médico de V, haciéndose evidente el avance al detrimento de su estado de salud como se advirtió en sus reiterados reingresos, particularidad que desvirtúa las manifestaciones de dicha persona servidora pública con independencia de los consentimientos informados, máxime que tampoco se pronunció respecto a la falta de material para el procedimiento quirúrgico del 20 de julio de 2016, ni mucho menos de cuando requería atención en la UCI dada su gravedad, personal de dicho servicio indicó que en cuanto se hiciera limpieza exhaustiva a las camas solicitaran nueva interconsulta para su ingreso.

74. Aspectos que concretizaron la inadecuada atención médica al no habersele tratado con eficiencia y calidad las dos patologías diagnosticadas desde el 18 de julio de 2016, que requerían manejo quirúrgico como se constató, tornándose sus manifestaciones insuficientes para deslindar la responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 adscritos al Hospital General “Querétaro” ante las acciones y omisiones previamente reseñadas.

75. Llama la atención que PSP8 omitiera manifestación alguna respecto a las tijeras que QV indicó le fueron entregadas a VI2 posterior a la cremación de V, siendo uno de los motivos torales por los cuales solicitó que el ISSSTE los indemnizara, pues si bien el siete de noviembre de 2016, la Coordinación de Recursos Materiales y Jefatura de Almacén del Hospital General “Querétaro”

informó que recibieron la solicitud del material de PSP4 el 20 de julio de 2016, sólo señalaron que el material se entregó al Servicio de Abastos quienes lo pasaron el 11 de agosto de 2016, sin que ello desvirtúe las manifestaciones de QV.

76. V, tenía derecho a atención integral y multidisciplinaria para el seguimiento a su padecimiento y comorbilidades, lo que en opinión del personal médico de esta CNDH no sucedió, acreditándose la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud con la consecuente pérdida de la vida por lo siguiente:

76.1. AR1 omitió la interconsulta de V, con Medicina Interna por la leucocitosis, tiempos de coagulación prolongados, hiperglucemia y diagnóstico de fiebre en estudio aunado a que sin resultado del examen general de orina le cambió el tratamiento antimicrobiano.

76.2. AR2, igualmente omitió su interconsulta con Medicina Interna por lo anterior más la presencia de glucosa en la orina, disminución de hemoglobina y plaquetas e hipotensión y sin haber terminado el protocolo de estudio para determinar el origen de la fiebre indicó prematuramente su alta.

76.3. AR3 debió indicar oxígeno ante la sospecha de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, saturación de oxígeno de 89% aumento de espacios intercostales y exudados reportados en la radiografía de tórax, tampoco solicitó interconsulta a Medicina Interna ni realizó una adecuada exploración física de haberlo hecho hubiere detectado masa a nivel de hígado (absceso hepático de 250 cc).



76.4. AR4, AR5, AR6 y AR7 omitieron el seguimiento de la colecistitis litiásica aguda y la valoración con Radiología Intervencionista para que se considerara el drenaje de la vesícula biliar, realizar laparotomía exploradora por dos patologías que requerían resolverse mediante cirugía y el retraso en la disponibilidad de material para efectuar dicho drenaje, abocándose únicamente a la resolución del absceso hepático lo que incidió para que la colecistitis crónica litiásica se agudizará y progresará en su historia natural complicándose hasta la perforación con la subsecuente sepsis abdominal y falla orgánica que llevaron a la muerte a V.

76.5. AR5 y AR7 debieron requerir valoración por Medicina Interna ante la candidiasis oral y descontrol en cifras de tensión arterial de V, así como, al servicio de Infectología por la escherichia coli que presentó durante sus revisiones.

77. Aspectos que, en opinión del especialista de esta CNDH incidieron en el fallecimiento de V debido a choque séptico y falla orgánica secundaria a perforación de vesícula biliar que no fue tratada en tiempo y forma; de ahí que AR1, AR2, AR3 y AR7 adscritos al servicio de Urgencias, así como, AR4, AR5 y AR6 del servicio de Cirugía General adscritos al Hospital General “Querétaro” vulneraron su derecho humano a la protección de la salud que derivó en la pérdida de la vida como se constató a lo cual se adiciona que aun cuando PSP8 destacara que el caso particular era de alto riesgo por sus patologías concomitantes y “particularmente por su grupo etario (persona adulta mayor)”, dicha característica ameritaba una atención integral, especializada y de calidad que no recibió como se corrobora enseguida.

B. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES CON PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

78. Vinculado a la transgresión de los derechos a la protección de la salud y a la vida de V, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de persona adulta mayor, específicamente a un trato digno en razón de su situación de vulnerabilidad, por ser una persona de 79 años de edad al momento de su fallecimiento con antecedentes de diabetes mellitus II en tratamiento (metformina, glibenclamida y linagliptina) e hipertensión arterial sistémica tratada con micardis plus (telmisartán/hidroclotiazida), y atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, debió haber recibido una adecuada atención médica con estudios idóneos por parte del personal del Hospital General “Querétaro”.

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

80. Los artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, establecen



que constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

81. En el mismo sentido, se han pronunciado la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena en 1982 de la que derivó el Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento; la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en 1993 (de la que emanó la Declaración citada); la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid en 2002, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento en 2003; la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2003; la Declaración de Brasilia en 2007; el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre las personas mayores en 2009; la Declaración de compromiso de Puerto España en 2009 y la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe en 2012, así como el Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y El Caribe, San José, Costa Rica, en su numeral 7, relacionado con la falta de atención de los servicios de salud pública a las necesidades de las “personas adultas mayores”.

82. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas 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 3, fracción I, establece que: “Personas adultas mayores: Aquéllas que cuentan con sesenta años o más de edad”; y en el diverso 4, 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.”

83. Entre otros derechos de las personas adultas, previstos en el artículo 5º, fracciones I, III y IX del citado ordenamiento se 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.

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

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



86. El trato preferencial constituye una acción positiva en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas adultas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos, como en el presente caso en que se vulneraron los referentes a la salud de V, quien no recibió atención médica adecuada acorde a su padecimiento y gravedad contribuyendo las omisiones analizadas al agravamiento de su estado de salud hasta la lamentable pérdida de la vida.

87. Por otra parte, 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.” 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.

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

89. La Ley General de Salud, en su artículo 25, ordena que en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud “se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos en situación de vulnerabilidad.”



90. Para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las personas que sufren enfermedades crónicas se encuentran en particular 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 .

91. La Organización Mundial de la Salud establece que las enfermedades crónicas son aquellas de “larga duración y por lo general de progresión lenta”. Para dicho Organismo Internacional, las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor afectación son las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición.

92. La diabetes mellitus es un problema de salud de gran impacto sanitario y social, siendo una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal terminal, amputación de miembros inferiores y enfermedad vascular, entre otras; potenciada además por su frecuente asociación con otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, como obesidad, hipertensión arterial y dislipemia, esto es, niveles excesivamente elevados de colesterol o grasas (lípidos) en la sangre.

93. En el párrafo 73, de la Recomendación 182/2022,⁵⁴ se destacó que el ISSSTE considera que las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por

⁵⁴ Publicada el 30 de septiembre de 2022.



progresión lenta y de larga duración; son complejas e implican un alto grado de dificultad técnica. Entre las que generan mayores costos al Instituto son las enfermedades i) cardiovasculares e hipertensión arterial; ii) la diabetes mellitus; iii) los cánceres, en particular el cérvico-uterino y de mama, y iv) la insuficiencia renal crónica, principalmente como complicación de las dos primeras.

94. La OMS, en su Informe Mundial sobre la Diabetes, indica que dicho padecimiento “puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente.”⁵⁵

95. Esta CNDH considera que, las personas con enfermedades no transmisibles se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, requiriendo además de atención prioritaria, integral e inmediata, que le garanticen la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen un mayor bienestar posible, lo cual en el caso particular no se garantizó a V por lo siguiente.

96. Pese a que V, persona de 79 años al momento de los hechos era portador de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica de larga duración como se documentó en su primer ingreso a Urgencias del Hospital General “Querétaro” recibió inadecuada atención médica lo cual se concretizó con su egreso prematuro indicado por AR2 sin que junto con AR1 solicitaran su interconsulta con Medicina Interna aunado a que tampoco completó el protocolo de estudio para indagar el origen de la fiebre con que arribó.

⁵⁵ Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la diabetes”, Suiza, OMS, 2016, párrafo 6.



97. Lo cual incidió para que reingresara con mayor afectación y no obstante desde el 18 de julio de 2016 se le diagnosticó por ultrasonido con posible absceso hepático en lóbulo izquierdo, hepatomegalia y colecistitis crónica litiásica confirmado con tomografía axial computarizada omitieron considerar que ambos padecimientos requerían resolución quirúrgica, realizándole un drenaje percutáneo el 22 de ese mes y año únicamente por el primero, lo cual incidió en el avance al deterioro de su estado de salud hasta la perforación de la vesícula biliar como se comprobó a lo cual se adicionó que AR3, AR4, AR5, AR6 ni AR7 consideraron importante su interconsulta con Medicina Interna y una vez que contaron con el resultado del cultivo con Infectología y atención inmediata en la UCI, pese a que atento a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida debió haber recibido atención adecuada, prioritaria e inmediata por personal médico del referido nosocomio, lo que evidentemente no aconteció.

98. Se acreditó que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 minimizaron en sus respectivas valoraciones que, V era una persona que presentaba una condición de vulnerabilidad, por ser considerado adulto mayor con enfermedades crónico-degenerativas como inclusive lo destacó PSP8, particularidades que lo hacían merecedor a una atención preferente, prioritaria e inmediata partiendo de su sintomatología lo que al no haber acontecido incidió en su avance al deterioro hasta la pérdida de la vida.

99. Las referidas personas servidoras públicas incurrieron en actos y omisiones en la atención médica otorgada a V, ya que de habersele brindado atención oportuna y de calidad que incluyera seguimiento a su sintomatología y valoración inmediata por Medicina Interna e Infectología durante sus reingresos se le hubiera podido otorgar la atención integral e inmediata a que tenía derecho lo que al no haber acontecido les genera responsabilidad, evidenciándose en su respectivo



manejo médico, falta de orientación especializada para garantizar calidad en la atención de una persona adulta mayor.

100. Por otra parte, a fin de garantizar la adecuada atención médica de los pacientes se debe considerar los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la ONU,⁵⁶ integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona, obligando a las autoridades a colaborar en su implementación, seguimiento y examen, debiendo considerarse en el presente asunto, la realización del Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, concretamente la meta 3.8, cuya misión versa en *“(…) Lograr la cobertura sanitaria universal, (…) includ[er] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (…)”*; correspondiendo al Estado generar acciones para alcanzarla mediante el reforzamiento de los servicios hospitalarios para que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones y omisiones de su encargo y diagnostique a los pacientes oportunamente con los medios a su alcance y protocolos para cada padecimiento atendiendo a cada caso particular.

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

101. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho al libre acceso a información, determinando que el Estado es el encargado de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas

⁵⁶ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.



con la salud.”⁵⁷

102. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017,⁵⁸ esta Comisión Nacional consideró que “(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”; en tanto en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, la CrIDH indicó que, “un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”.⁵⁹

103. La NOM-Del Expediente Clínico establece que éste “(...) es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección a la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las (...) intervenciones del personal (...), el estado de salud del paciente; (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”.⁶⁰

104. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud

⁵⁷ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

⁵⁸ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

⁵⁹ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

⁶⁰ Introducción, párrafo dos.



contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida. Igualmente, reconoció que dicho derecho 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 su estado de salud.⁶¹

105. Del análisis al expediente clínico de V, personal médico de esta CNDH advirtió las siguientes irregularidades en su integración.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

106. El especialista en medicina de esta CNDH destacó de manera general que personal del Hospital General “Querétaro” incumplió reiteradamente con la NOM-Del Expediente Clínico.

⁶¹ CNDH, párrafo 34.



107. AR2 y AR6 omitieron en sus respectivas intervenciones del 15 de julio de 2016 y del 25 al 29 de ese mismo mes y año, asentar en sus notas de evolución, datos completos, por lo cual incumplieron con el punto 5.10, de la precitada Norma Oficial Mexicana, que establece las particularidades que debe contener las notas de todo expediente clínico.

108. Igualmente, se advirtió la ausencia de notas de evolución de la atención médica brindada a V, el 24 de julio ni del uno al tres de agosto de 2016, por tanto, el personal de salud incumplió con la NOM-Del Expediente Clínico en su numeral 5.14, en el cual se especifica que cuando en un mismo establecimiento se brinde atención médica deberá integrarse en un expediente clínico todos los documentos generados con motivo de la atención que se otorgue, por tanto, deberá indagarse su identidad para que en su caso se deslinde la responsabilidad administrativa que corresponda.

109. Si bien las omisiones de AR2 y AR6 y del personal que omitió dejar constancia de su atención en las fechas indicadas no incidieron en la evolución de la enfermedad de V, sí constituyen falta administrativa, lo cual representa un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos, o bien, para deslindar responsabilidades, lo que al no haber sido observado vulneró el derecho de V, así como de QV, VI1 y VI2 a que se conociera la verdad respecto a los avances o retroceso en su estado de salud, por tanto, se reitera la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten al personal en el manejo adecuado del expediente clínico al ser responsables solidarias de su cumplimiento.



D. RESPONSABILIDAD

D.1 Responsabilidad de las personas servidoras públicas

110. La responsabilidad en que incurrieron AR1, AR2, AR3 y AR7 adscritos al servicio de Urgencias, así como, de AR4, AR5 y AR6 del servicio de Cirugía General en el Hospital General “Querétaro”, provino de la falta de diligencia con que se condujeron en sus respectivas intervenciones y que culminó en la violación al derecho humano a la protección a la salud que derivó en la pérdida de la vida de V por no habersele atendido sus dos patologías diagnosticadas desde el 18 de julio de 2016 y que requerían manejo quirúrgico aunado a que no se realizaron las interconsultas a Medicina Interna e Infectología para evitar en la medida de lo posible la progresión de sus primigenios padecimientos como se constató.

111. Las irregularidades en la integración de su expediente clínico también constituyen responsabilidad para AR2, AR6, así como, para el personal médico que omitió dejar constancia de la atención brindada el 24 de julio y del uno al tres de agosto de 2016, con lo cual se vulneró su derecho al acceso a la información en materia de salud y en agravio además de QV, VI1 y VI2.

112. Este Organismo Nacional acreditó que las acciones y omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3 y AR7 adscritos al servicio de Urgencias, así como, de AR4, AR5 y AR6 del servicio de Cirugía General en el Hospital General “Querétaro”, constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas en términos de lo dispuesto por el artículo 7, fracciones I, V y VII, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas en relación con el numeral 252, de la Ley del

ISSSTE, que prevén la obligación 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; pues aún, cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen a su mejoramiento, lo que en el caso concreto no aconteció debido a que PSP8 y el Comité de Quejas Médicas en el ISSSTE consideraron que recibió la atención médica que requería, lo cual es discordante con lo determinado en la Opinión Médica de este Organismo Nacional y por la propia CONAMED.

113. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente denuncia ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 adscritos al Hospital General “Querétaro” por la inadecuada atención médica de V y respecto a las advertidas en la integración de su expediente clínico imputables a AR2, AR6 y de quien resulte responsable para que en su caso determinen las responsabilidades que correspondan con motivo de violaciones a derechos humanos acreditadas.

D.2 Responsabilidad institucional

114. El párrafo tercero del artículo 1º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que todas las autoridades, en el ámbito de sus



competencias, están obligadas a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; obligaciones que igualmente se establecen en distintos tratados y convenciones de derechos humanos de los que el Estado mexicano es parte, por ende, cuando se incumple con éstas, se genera una responsabilidad institucional independientemente de aquella que corresponda al personal involucrado en la violación a derechos humanos de quien la expone.

115. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se consideran en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado Mexicano, por tanto, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional sino 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 organismos internacionales de protección de los derechos humanos, la CrIDH y aquellos que conforman del sistema universal de las Naciones Unidas.

116. Cuando las autoridades incumplen con esas obligaciones, faltando a la misión encomendada, es inevitable que se propicie la responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella específica dirigida a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

117. En el caso concreto, fue evidente la responsabilidad institucional del ISSSTE, debido a que en opinión del personal de esta Comisión Nacional desde el punto de vista médico legal en el seguimiento de V, cuando se solicitó la valoración a



Radiología Intervencionista para considerar el drenaje de la vesícula biliar y realizar laparotomía exploradora ante la presencia de dos patologías que requerían resolverse mediante cirugía además de haberse considerado solo una de éstas se advirtió retraso en la disponibilidad de material para efectuar el drenaje.

118. Afirmación que sustentó con el informe de AR4 en el cual indicó que el radiólogo intervencionista solicitó interconsulta para pedir un catéter al Área de Abasto del Instituto y realizarle el procedimiento a V el 20 de Julio de 2016, sin embargo, por falta de material (catéter) se le siguió preparando para el día siguiente, suspendiéndose nuevamente por falta de material, inclusive se explicó a los familiares, quienes aceptaron esperar, comentándoles que si no se realizaba la punción percutánea la otra posibilidad era una cirugía (drenaje a cielo abierto).

119. “La hija” del paciente manifestó que, si el problema era el catéter, ellos lo compraban pidiéndole datos del proveedor y cuando acudió con el coordinador médico a preguntar por qué faltaba material comentaron que “ya lo están viendo con abasto”, siendo hasta el 22 de Julio de 2016 cuando se adquirió el catéter cuando se realizó el drenaje pendiente desde el 20 de ese mes y año, lo que evidenció dilación en la ejecución de dicho procedimiento.

120. En ese sentido, los artículos 28 y 29, de la LGS establecen que habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud y que la Secretaría de Salud garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera, en coordinación con las autoridades competentes.



121. De lo que se desprende la responsabilidad para proteger los derechos a la protección a la salud en los que, si bien los prestadores de servicios tienen participación activa, es deber del Estado proveer los recursos para garantizar servicios de salud con calidad y acorde a las necesidades de los usuarios, lo que al no haber acontecido confirma el supuesto de responsabilidad institucional en detrimento en la calidad de la atención en los derechohabientes.

122. Por tanto, este Organismo Nacional solicitará a las autoridades del ISSSTE gestionen con las autoridades correspondientes para que en lo sucesivo el Hospital General “Querétaro” cuente con catéteres en sus servicios a fin de que se garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad, eficacia y prontitud, pues en el caso particular, se dilató injustificadamente la realización del drenaje percutáneo a una persona adulta mayor con padecimientos de gravedad que ameritaban su pronta resolución, lo cual incidió en el avance al deterioro de su salud sin tratamiento adecuado y oportuno, lo cual se tradujo en incumplimiento del deber de atención médica disponible y con calidad a la que tenía derecho evidenciándose responsabilidad institucional atribuible al precitado hospital.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

123. 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 los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

124. 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 I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131, de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud que derivó en la pérdida de la vida de V y al acceso a la información en materia de salud en su agravio y de QV, VI1 y VI2, debiéndoseles inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

125. Siendo aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23, de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener

reparaciones” de las Naciones Unidas y diversos criterios de la CrIDH, al considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

126. El ISSSTE deberá solicitar a la CEAV, asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV, VI1 y VI2 a fin de que dicho Instituto cumpla con la medida de compensación, con motivo de las violaciones a derechos humanos acreditadas de conformidad con los artículos 1, 145, 146 y 152, de la Ley General de Víctimas, en los términos siguientes:

i. Medidas de Rehabilitación

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

128. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar en su caso, a QV, VI y VI2, atención psicológica y tanatológica por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas con motivo del fallecimiento de



V.

129. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en lugar accesible por instituciones públicas de salud del Estado en todos los niveles de atención con consentimiento de las víctimas indirectas e información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado, debiendo considerar en su caso, medicamentos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto segundo recomendatorio.

ii. Medidas de Compensación

130. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III y 64 a 72, de la Ley General de Víctimas y consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: "(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...) así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia".⁶²

131. La compensación deberá otorgarse a QV, VI1 y VI2 de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos de V considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas evaluables que sean consecuencia de la violación de sus derechos humanos; por ello que el ISSSTE, en coordinación con la CEAV deberán valorar el monto a otorgar como compensación, que conforme a derecho corresponda derivado de las afectaciones por las

⁶² "Caso Palamara Iribarne Vs. Chile" Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.



violaciones a los derechos humanos acreditadas; para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la referida Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

iii. Medidas de Satisfacción

132. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y atento a los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

133. De ahí que deberán colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que se presentará en el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3 y AR7 adscritos al servicio de Urgencias, así como de AR4, AR5 y AR6 del servicio de Cirugía General Hospital General “Querétaro”, por la inadecuada atención médica proporcionada a V y las advertidas en la integración del expediente clínico atribuibles a AR2 y AR6, así como de quien resulte responsable para que en su caso se determine lo que conforme a derecho corresponda y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

iv. Medidas de no repetición

134. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 al 78, de la Ley General de Víctimas, consisten en implementar acciones preventivas



para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su la prevención, por lo cual el Estado deberá adoptar medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

135. Las autoridades del ISSSTE deberán implementar 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 y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud basado en la Guía de Práctica Clínica Colecistitis de la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C. y respecto a la debida observancia a la NOM-Del Expediente Clínico dirigido al personal del área de Urgencias y de Cirugía General del Hospital General “Querétaro”, así como a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, en caso de que se encuentren activos en dicho hospital. Debiendo estar disponibles de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso y deberán impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias otorgadas a los asistentes, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

136. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular al personal de Urgencias y Cirugía General del Hospital General “Querétaro” con medidas adecuadas de supervisión

para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto quinto recomendatorio.

137. Deberán realizarse en un término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, las acciones necesarias que permitan al servicio de Cirugía General del Hospital General “Querétaro”, contar con catéteres indispensables para su óptimo funcionamiento, a fin de que se garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad y eficiencia; ello a fin de que se dé cumplimiento al punto sexto recomendatorio.

138. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, 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 QV, VI1 y VI2, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QV, VI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en



términos del artículo 1º, 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, VI1 y VI2, por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas y proveerle en su caso los medicamentos que requieran. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible con su consentimiento y por instituciones públicas de salud del Estado en todos los niveles de atención; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente en contra de de AR1, AR2, AR3 y AR7 del servicio de Urgencias y AR4, AR5 y AR6 de Cirugía del Hospital General “Querétaro” por la inadecuada atención médica de V y respecto a las irregularidades advertidas en la integración del expediente clínico atribuibles a AR2 y AR6, así como, en contra de quien resulte responsable, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Impartir 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 y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud basado en el derecho a la protección a la salud basado en la Guía de Práctica Clínica Colecistitis de la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C. y respecto a la debida observancia a la NOM-Del Expediente Clínico dirigido al personal del área de Urgencias y de Cirugía General del Hospital General “Querétaro”, así como a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, en caso de que se encuentren activos en dicho hospital. Debiendo estar disponibles de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad los cuales deberán ser efectivos 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, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias otorgadas a los asistentes. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigir una circular al personal de personal de Urgencias y Cirugía General del Hospital General “Querétaro” con medidas adecuadas de supervisión en la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica que garanticen que se agoten las instancias pertinentes para satisfacer los tratamientos médicos conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

SEXTA. Realizarse en un término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, las acciones necesarias que permitan al servicio

de Cirugía General del Hospital General “Querétaro”, que cuente con catéteres para su óptimo funcionamiento, a fin de que se garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad y eficiencia, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

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

139. 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 de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

141. 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.

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

CEFM