

RECOMENDACIÓN NO. 131 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD Y LA VIDA DE V1, ATRIBUIBLES A PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 1, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN DURANGO, DURANGO.

Ciudad de México, a 17 de diciembre de 2021.

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

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero; 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º y 3º, párrafo primero; 6º, fracciones I, II y III; 15 fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como del 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2019/6150/Q**, relacionado con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley

General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9 y 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos referidos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son las siguientes:

Claves	Denominación
Q1	Quejosa
V1	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona servidora pública

4. Para facilitar la lectura en la presente Recomendación y evitar repeticiones innecesarias, se aludirá a las diversas instituciones y dependencias con acrónimos o abreviaturas, las cuales podrán identificarse de la siguiente manera:

Institución	Acrónimo
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH
Comisión Ejecutiva de Atención Víctimas	CEAV
Comisión Estatal de Derechos Humanos Durango	CEDH-Durango
Carpeta de investigación	CI
Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos	CPEUM
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Hospital General de Zona No. 1 Durango	HGZ No. 1
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Leucemia Linfobástica Aguda en el adulto	LLA
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012

Institución	Acrónimo
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica	NOM-027-SSA3-2013
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS.

5. El 1 de julio de 2019, por razón de competencia, se recibió en este Organismo Nacional el escrito de queja que presentó Q ante la CEDH-Durango, en el que manifestó presuntas violaciones a derechos humanos en agravio de V1, cometidas por personas servidoras públicas del HGZ No. 1, del IMSS, en Durango, Durango, toda vez que el 3 de octubre de 2018, V1 ingresó a ese hospital, donde le dijeron que tenía una infección en las vías urinarias, le dieron tratamiento a base de antibióticos, pero al no presentar mejoría, se realizó análisis en un laboratorio particular y, una vez que tuvo el resultado, se lo mostró a su doctor familiar del IMSS, quien de manera urgente solicitó su ingreso al HGZ No. 1 debido a que presentaba niveles de hemoglobina y plaquetas muy bajos, así como un cuadro severo de anemia.

6. V1 fue ingresado a la zona de “aislados” del área urgencias del mencionado hospital y le colocaron hasta cuatro unidades de sangre, pero aun así continuaba sintiéndose muy cansado y no podía articular bien las palabras. Al día doce de encontrarse en urgencias, V1 fue diagnosticado con leucemia, por lo que se le administró quimioterapia los días 16, 17 y 18 de octubre de 2018, dándolo de alta el 25 de ese mismo mes año, argumentando el personal médico que V1 estaba produciendo su propia sangre.

7. El 27 de ese mismo mes y año, V1 amaneció con temperatura y dolor abdominal y a las tres de la mañana del siguiente día, V1 ingresó al área de urgencias del mencionado hospital, donde le aplicaron diversos medicamentos. Más tarde, una enfermera llamó a un doctor, quien entró corriendo, llevando en la mano unas bolsas de soluciones de color amarillo, posteriormente, llegaron varios médicos, pero, a pesar de las maniobras de resucitación V1 falleció.

8. En razón de la recepción de la queja, esta Comisión Nacional radicó el expediente CNDH/2019/6150/Q, solicitó información al IMSS y realizó las diligencias para esclarecer los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y análisis de las pruebas.

II. EVIDENCIAS.

9. Oficio 1967/19, de 20 de junio de 2019, mediante el cual la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Durango remitió el escrito de queja de Q, en el que, con apoyo de la CEAV, Delegación Durango, relató la inadecuada atención médica que tuvo V1 en el HGZ No. 1 y que derivó en su fallecimiento. A su escrito adjuntó copia de la CI que se inició en la FGR Delegación Durango.

10. Oficio 4/62551, de 26 de septiembre de 2019, en el que este Organismo Nacional solicitó información a la autoridad presuntamente responsable.

11. Oficio 095217614C21/2920 de 21 de octubre de 2019, a través del cual el IMSS envió a esta Comisión Nacional un informe respecto a la atención médica que se le brindó a V1 del cual se destaca lo siguiente:

- 11.1** Oficio 10240220200/D/247, de 7 de octubre de 2019, por el que la Directora de la Unidad de Medicina familiar No. 40, en Durango, comunicó la atención otorgada en esa Unidad a V1, el 3 de octubre de 2019.
- 11.2** Resumen clínico de 18 de octubre de 2019, mediante el cual el Director del Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, en Durango, informó los antecedentes, diagnósticos, servicio médico y tratamiento proporcionado en esa unidad a V1.
- 11.3** Informes de los días 16 y 17 de octubre de 2019, respectivamente, suscritos por los doctores AR3 y AR4, adscritos al HGZ No. 1, sobre su participación en la atención otorgada a V1.

12. Oficio 095217614C21/3126, de 4 noviembre de 2019, por el que el IMSS remitió copia certificada del expediente clínico relacionado con la atención médica otorgada a V1, del que se destaca lo siguiente.

- 12.1.** Certificado de defunción de V1.
- 12.2.** Notas médicas de los días 4, 8, 15, 17, 18, 19, 22, 23, y 28, todas del mes de octubre de 2018, en las que se describe la atención médica otorgada a V1, en el HGZ No. 1, suscritas por AR1, AR2, AR3 y AR4.

13. Opinión Médica de 30 de agosto de 2021, emitida por personal especializado de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en la que se determinó que, si bien V1 padecía leucemia linfoblástica aguda en un estado avanzado, misma que

por su propia naturaleza es de mal pronóstico, de haber recibido una atención adecuada y oportuna, su enfermedad no habría remitido totalmente; sin embargo, se habría incrementado su sobrevida y la calidad de ésta.

14. Acta circunstanciada de 7 de octubre de 2021, emitida por este Organismo Nacional.

15. Acta circunstanciada de 6 de octubre de 2021, de este Organismo Nacional, en la que se constató que una persona servidora pública adscrita a la Fiscalía General de la República, encargada del trámite de la CI indicó que se encuentra en archivo temporal y la Delegada de la CEAV informó que Q, sólo recibió apoyo psicológico y jurídico por parte de esa Comisión.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

16. El 29 de octubre de 2018, V1 presentó una denuncia en contra del personal del IMSS que resulte responsable, ante la entonces, Procuraduría General de la República, se inició la CI, la cual se encuentra en archivo temporal debido a que se está en espera del dictamen. Asimismo, la Delegada de la CEAV en Durango, indicó que Q, sólo recibió apoyo y jurídico.

17. Adicionalmente, no obra constancia en el expediente que, por los hechos descritos, Q haya interpuesto algún recurso de inconformidad en sede administrativa, o queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LA PRUEBAS.

18. En este apartado se realiza un análisis de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/4/2019/6150/Q, que en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por esta Comisión Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, así como información en materia de salud y a la vida en agravio de Q1 atribuibles a personal del IMSS; en virtud de los elementos y razones que se exponen a continuación:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, EN RELACIÓN CON LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA DE V1.

19. El derecho a la protección de la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, por tanto, debe ser entendido como la posibilidad que tienen las personas para disfrutar de facilidades, bienes, servicios y las condiciones mínimas para alcanzar su bienestar físico, mental y social, con independencia del derecho a ser asistido cuando se presenten afecciones o enfermedades. Tiene como finalidad que el Estado, en todos sus niveles, satisfaga en forma eficaz y oportuna la necesidad de quien requiere de servicios para proteger, promover y restablecer la salud, conforme a los artículos 1° y 4°, párrafo cuarto de la CPEUM, que prevén el derecho de toda persona a la protección de la salud.

20. El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece que “[...] *toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada mediante medidas sanitarias y sociales, relativas a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad*”; abundando al respecto, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12, señala que los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del mas alto nivel posible de salud física y mental; dicha determinación fue acogida dentro del numeral 10 del Protocolo de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual establece que “[...] *toda persona tiene derecho a la salud entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*”.

21. En este sentido, la SCJN ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra “[...] *el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, [...] para garantizar el derecho a la salud, es menester que se proporcionen con calidad, [...] lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos*”¹.

22. Esta Comisión Nacional ha reiterado que el derecho de protección a la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y 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 garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de

¹ Suprema Corte de Justicia de la Nación. Primera Sala, Novena Época. Materia Administrativa. Tesis Jurisprudencia “*Derecho a la salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud*”, abril de 2009. Tesis: 1a./J. 50/2009. Registro 167530.

elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad².

23. A continuación, tomando en consideración lo anterior, se analizará la atención médica que recibió V1, de 34 años de edad, previamente a su fallecimiento, en el HGZ 1, del IMSS, en Durango, Durango, quien no contaba con antecedentes quirúrgicos y previamente a su hospitalización no se le habían realizado transfusiones de sangre, ni contaba con factores de riesgo específicos como exposición a radiación o infecciones virales, para padecer cáncer.

A. 1. ATENCIÓN MÉDICA OTORGADA A V1 EN EL HGZ NO. 1, DEL IMSS, EN DURANGO, DURANGO.

24. De acuerdo con el análisis del expediente clínico V1 inició su padecimiento que lo llevó a perder la vida, aproximadamente el 19 de septiembre de 2018, al presentar dolor de cabeza penetrante durante las mañanas, que emanaba desde el centro del cráneo hacia la frente, se incrementaba al cambiar de posición y disminuía con la toma de analgésicos, el citado dolor se acompañó de palidez en cara y brazos, también presentaba fiebre de 30°C, con debilidad muscular, fatiga y dificultad para respirar (disnea) al realizar pequeños esfuerzos, por lo que V1 acudió al servicio de urgencias del HGZ No. 1, en donde le diagnosticaron una infección de vías urinarias, sin que mejorara con la toma de antibióticos, por lo que decidió realizarse estudios de laboratorio, los cuales evidenciaron disminución anormal en glóbulos rojos, blancos y plaquetas, motivo por el cual el 3 de octubre de 2018, a las 19:12 horas, V1 regresó al servicio de urgencias del citado hospital, en donde

² CNDH. Recomendación General 15, "Sobre el derecho a la protección de la salud, 23 de abril de 2009, Observaciones, párrafo 3 y Recomendación 38/2016, 19 de agosto de 2016, Observaciones párrafo 21.

fue calificado en el filtro de urgencias (Triage)³ con un nivel de gravedad en amarillo, que corresponde a pacientes que por su condición pueden deteriorarse llegando a poner en peligro su vida, la función de alguna extremidad o presentar reacciones adversas a un tratamiento establecido, por lo que debe ser atendido en los primeros 30 a 60 minutos. Una vez que fue revisado por personal médico, de forma adecuada integró el diagnóstico de síndrome mielodisplásico⁴.

25. El 4 de octubre de 2018, a las 00:00 horas, una vez que SP1 realizó la revisión médica y analizó los resultados de los estudios de laboratorio, confirmó el citado síndrome junto con anemia severa, por lo que solicitó que V1 continuara bajo vigilancia hospitalaria.

26. A las 12:30 horas del 4 de octubre de 2018, AR1 indicó se le suministrara “filgastim”, que es un fármaco que estimula y mejora los parámetros celulares; sin embargo, no tomó en consideración que V1 ya había permanecido más de 12 horas en el servicio de urgencias, omitiendo indicar que ingresara al servicio de medicina interna y/o hematología con el fin de continuar con su estudio y manejo especializado como lo establece la NOM-027-SSA-2013, “Regulación de los Servicios de Salud. Que establece criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”.

27. A las 16:20 horas del 4 octubre de 2018, sin poder determinar el nombre del personal médico que valoró a V1, porque su nombre es ilegible en la nota médica, incumpliendo con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-0044-SSAA3-2012, Del expediente clínico, sin que dicha omisión se relacione con una

³ Triage es un término francés utilizado para seleccionar, escoger o priorizar. El Triage es una escala de gravedad, que permite establecer un proceso de valoración clínica preliminar a los pacientes, antes de la valoración, diagnóstico y terapéutica completa en el servicio de urgencias. Contribuye a que la atención otorgada al paciente sea eficaz, oportuna y adecuada, procurando con ello limitar el daño y las secuelas, y en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos los pacientes más urgentes sean tratados primero. www.imss.gob.mx/tags/triage

⁴ Es un trastorno en el cual las células sanguíneas producidas en la médula ósea no maduran hasta convertirse en células saludables, Síndrome mielodisplásico: MedlinePlus enciclopedia médica.

inadecuada atención médica, indicó ingresara al servicio de hematología para determinar su diagnóstico y tratamiento específico.

28. El 05 de octubre de 2018, a las 00:50 horas, una vez que SP2 analizó los resultados de los análisis que se le realizaron a V1, advirtió que los neutrófilos⁵ estaban por debajo de los parámetros normales y, considerando que los citados neutrófilos constituyen la primera línea de defensa contra diferentes microorganismos, indicó mantenerlo en una habitación aislada, con el fin de disminuir el riesgo de que adquiriera infecciones.

29. El día 8 de octubre de 2018, a las 10:14 horas, AR1 describió haber encontrado a V1 con mejoría en sus síntomas, pero los resultados de los estudios de laboratorio confirmaban leucopenia, que es la disminución importante de glóbulos blancos y anemia a pesar de haberle realizado múltiples transfusiones de sangre, por lo que ajustó su manejo farmacológico a base de “filgastim” y añadió un antibiótico (ciprofloxacino) a su tratamiento, en espera de su ingreso al servicio de hematología.

30. Es importante señalar que, el 10 de octubre de 2018, a las 16:50 V1 fue diagnosticado con cáncer y a las 23:30 horas ese mismo día, V1 no había recibido un tratamiento específico para su padecimiento ni ingresaba al servicio de hematología.

31. Por lo antes descrito se determina que, a pesar de la gravedad V1 se mantuvo sin tratamiento médico específico hasta el 12 de octubre de 2018, sólo con manejo atenuante para mejorar su condición clínica general, mediante trasfusiones sanguíneas principalmente, sin que se justificara la causa por la cual se postergó su ingreso al servicio especializado de hematología por más de ocho días, para

⁵ Son un tipo de glóbulo blanco responsable de gran parte de la protección del cuerpo contra la infección. Se producen en la médula ósea y son liberados en el torrente sanguíneo para que viajen a cualquier parte del cuerpo donde se necesiten.

continuar con su evaluación y tratamiento especializados, incumpliendo con la NOM-027- SSA3-2013. “Regulación de los Servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”.

32. El 13 de octubre de 2018, el SP3 indicó el ingreso de V1 a hematología, reportó los resultados de estudios de laboratorio, los cuales evidenciaron niveles bajos de leucocitos, hemoglobina y plaquetas, con presencia de células anormales, por lo que diagnosticó leucemia linfocítica y, de con apego a la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Leucemia Linfoblástica Aguda en el Adulto, solicitó realizar biopsia por aspiración de médula ósea para clasificar debidamente el padecimiento y determinar el tratamiento.

33. El 14 de octubre de 2018, sin poder determinar quién atendió a V1, porque su nombre es ilegible, incumpliendo con lo que establece la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, reportó haberlo encontrado con tensión arterial baja y frecuencia cardiaca de 86 latidos por minuto e indicó que continuara con el tratamiento ya establecido; sin embargo, de acuerdo a la opinión médica emitida por personal especializado de este Organismo Nacional, la baja presión arterial mencionada predice una mayor mortalidad y debe considerarse la necesidad de transfusión masiva⁶. En el caso de V1 la hipoperfusión⁷ de oxígeno se debió a una anemia crónica, que también implicaba un inadecuado aporte para satisfacer las demandas metabólicas generalizadas con el riesgo de daño y muerte celular irreversible en órganos vitales, por lo tanto, la valoración y manejo no fueron adecuados e incrementaron el riesgo de morbilidad en V1.

⁶ López C. F. Cols, Choque hipovolémico, An Med (mex) 2018, 63(1): pag. 50.

⁷ Se refiere a un suministro inadecuado de sangre a un órgano o extremidad. Si persiste, puede causar falta de oxígeno, una condición denominada "isquemia", y también priva al tejido de los nutrientes necesarios y la eliminación de desechos

34. El día 15 de octubre de 2018, el AR2, no describió la evolución clínica del paciente, incumpliendo con lo que establece la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, pero señaló de importancia que V1 ameritaba estudios de aspiración de médula ósea para determinar la causa de la disminución del número habitual de células en la sangre y, de acuerdo con el resultado, determinar el tratamiento a seguir.

35. El día 17 de octubre de 2018, se realizó a V1, aspirado de médula ósea y biopsia de hueso, siendo el resultado preliminar compatible con LLA, ese mismo día, AR2 solicitó se realizaran estudios subrogados a V1, sin especificar cuáles, también solicitó biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático y reinició su manejo con 100 miligramos de prednisona vía oral cada 24 horas, fármaco que, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Leucemia Linfoblástica Aguda en el Adulto está recomendado a dosis de 20 a 60 miligramos al día por siete días en la fase de inicio al tratamiento de LLA, por lo que se puede apreciar que, AR2 prescribió una dosis mayor a V1, exponiéndolo al riesgo de sobredosificación, que puede afectar al sistema inmunológico.

36. El día 18 de octubre de 2018, a las 08:30 horas, AR2 prescribió iniciar quimioterapia, omitiendo solicitar previamente a iniciar ese tratamiento radiografía de tórax, ultrasonido abdominal, renal y testicular y comprobar que sus niveles de hemoglobina fueran óptimos, como lo recomienda la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Leucemia Linfoblástica Aguda en el Adulto, pues existe riesgo de sobredosificación, que puede generar efectos adversos en el paciente.

37. Considerando lo antes descrito se determina que, de acuerdo a la Opinión médica emitida por personal especializado de este Organismo Nacional, no se agotaron los medios de diagnóstico para conocer la estirpe o subtipo de LLA que

padecía V1 previamente a iniciar su tratamiento y su estado de salud pues, no era óptimo para iniciar la quimioterapia, manejo médico inadecuado que aunado a su deterioro secundario al cáncer que padecía incrementaron su riesgo de mortalidad a corto plazo.

38. El 19 de octubre de 2018, a las 8:20 horas, AR2, confirmó que V1 cursaba con anemia severa, sin haber establecido en la nota los niveles de hemoglobina y hematocritos de V1, por lo cual se reitera que el haber iniciado su manejo con quimioterapia no fue adecuado.

39. Posteriormente, AR1 prescribió que se le transfundieran dos paquetes globulares al paciente para tratar la anemia, sin embargo, también registró haberlo encontrado con baja presión arterial, parámetro que junto con su frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto eran sugestivos de choque hipovolémico, porque el estado de choque es la evidencia de hipoperfusión grave a nivel de algún órgano que se manifiesta por diferentes signos clínicos, entre ellos la hipotensión y dicha situación puede ameritar tratamiento en la Unidad de Reanimación⁸, a pesar de lo cual omitió complementar su estudio con una gasometría para descartar alteraciones metabólicas secundarias a la hipotensión y que fuera valorado por la Unidad de Cuidados Intensivos, exponiendo a V1 a repercusiones sistémicas importantes e irreversibles a nivel celular que incrementaron su riesgo de mortalidad.

40. El día 20 de octubre de 2018, a las 12:30 horas, sin poder determinar quién atendió al paciente porque el nombre del médico que lo valoró es ilegible en la nota, incumpliendo con lo que establece la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, omitió describir su condición clínica, complementar su estudio con una gasometría

⁸ Moreno Rodríguez J. C., Hernández M., Aplicación de los criterios de ingreso a la unidad de Reanimación en el Servicio de Urgencias de Adultos del Hospital General "La Raza". Archivos de Medicina de urgencia de México 2012; Vol. 4, No. 2: pág. 54.

para descartar alteraciones metabólicas secundarias a la hipotensión y solicitar que fuera valorado por personal médico especializado de la Unidad de Cuidados Intensivos, exponiéndolo a las repercusiones metabólicas sistémicas e irreversibles de un choque que incrementaron su riesgo de mortalidad.

41. El 22 de octubre de 2018, a las 08:50 horas, AR2 indicó que le administraran a V1 asparaginasa, fármaco que sí está recomendado como parte de la quimioterapia para tratar la LLA, aun sin conocer los niveles de hemoglobina y plaquetas que presentaba, ya que son importantes para determinar el inicio del tratamiento de quimioterapia como lo recomienda la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Leucemia Linfoblástica Aguda en el Adulto.

42. El 23 de octubre de 2018, a las 08:50 horas, AR2 reportó que V1 cursaba con una hemoglobina baja, por lo que se reitera que la condición clínica del paciente no fue adecuada para recibir quimioterapia, omitiendo corregir dicha condición mediante transfusiones previamente a iniciar dicho tratamiento, como lo recomienda la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Leucemia Linfoblástica Aguda en el adulto, motivo por el cual se determina que su valoración y manejo no fueron adecuados e incrementaron su riesgo de morbimortalidad; no obstante, una vez administrada la segunda dosis de la quimioterapia, AR2 valoró el egreso de V1 para continuar con su manejo de manera externa.

43. El día 25 de octubre de 2018, a las 08:40 horas, AR2 dio de alta a V1 e indicó continuar con su tratamiento de manera externa, a base filgastim y darbepoetina, así como 100 miligramos de prednisona cada 24 horas, dosis que, de acuerdo a la bibliografía médica y la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Leucemia Linfoblástica Aguda en el Adulto, se considera alta, con riesgo de sobredosificación.

44. Es importante señalar que AR2 omitió registrar los resultados de los estudios de laboratorio de control de V1 previamente a prescribir su alta de ese servicio, los cuales eran importantes para saber si se encontraba estable, ya que cursó con niveles bajos de hemoglobina que previamente a iniciar su tratamiento de quimioterapia no fueron corregidos y se manejó con dosis altas de prednisona que incrementaban el riesgo de infección, por lo que se concluye que la indicación de alta no fue adecuada, tan es así que V1 regresó grave al hospital tres días después.

45. El 28 de octubre de 2018, a las 02:53 horas V1 fue valorado por AR3 en el Triage de urgencias y determinó que el motivo de la atención fue hipotensión, leucemia y diarrea probablemente secundaria a quimioterapia clasificándolo de manera inadecuada en color amarillo, pues la condición clínica que presentaba, de acuerdo con la Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adulto para el Segundo y Tercer nivel, V1 tenía una condición clínica que ponía en peligro la vida o la función de un órgano en forma aguda, por lo que debió calificarse en rojo y ser atendido en los primeros 10 minutos de su llegada a urgencias; sin embargo fue valorado aproximadamente treinta minutos después, es decir, a las 03:30 horas.

46. En ese mismo día, sin poder determinar la hora, porque la AR4 no la registró en la nota, incumpliendo con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, indicó el ingreso del paciente al servicio de urgencias, omitiendo indicar su ingreso a la Unidad de Reanimación o sala de Trauma choque como lo establece la Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adulto para el Segundo y Tercer nivel exponiéndolo a un mayor periodo de falta de oxígeno generalizada, que lo conduciría a un daño orgánico múltiples irreversible hasta perder la vida.

47. De acuerdo a las indicaciones médicas, a las 08:00 horas de ese día, personal médico activó el código rojo, que es un código de emergencia, que se refiere a equipos humanos con funciones específicas que se anticipan a prevenir el paro cardiorrespiratorio y la muerte de los pacientes,⁹ que ameritaba V1 desde su ingreso a urgencias; sin embargo, permaneció aproximadamente cinco horas sin un manejo intensivo que incrementó su riesgo de mortalidad.

48. A las 08:35 horas sin poder determinar quién atendió a V1 porque el médico que lo valoró omitió suscribir la nota, registrar su nombre y número de cédula profesional, incumpliendo con lo que establece la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, mencionó que continuaba con maniobras de reanimación, ameritando intubación para mantener un adecuado aporte de oxígeno. A la misma hora de ese día se reportó el resultado de los estudios de laboratorio previamente solicitados, los cuales confirmaron que V1 presentaba niveles deplorables de leucocitos, hemoglobina, y plaquetas, lo cual, de acuerdo a la opinión médica emitida por este Organismo Nacional, el manejo con quimioterapia no estaba indicado, lo que incrementó su riesgo de mortalidad.

49. A las 09:05 horas del día 28 de octubre de 2018, V1 falleció siendo la causa de la defunción: leucemia linfocítica aguda, neutropenia febril, hipoglucemia refractaria, desequilibrio hidroelectrolítico y enfermedad gastrointestinal de tipo diarreica.

50. Cabe señalar que V1 padeció leucemia linfoblástica aguda, que se diagnosticó en un estado avanzado, padecimiento que por su propia naturaleza es de mal pronóstico, pero de haber recibido una atención adecuada y oportuna, su

⁹ Navarro J. R. Castillo V. Código rojo, un ejemplo de sistema de respuesta rápida, Rev. Col. Anest. 2010. Vol. 38, No. 1. pág. 87.

enfermedad no habría remitido totalmente; sin embargo, sí habría incrementado su sobrevivencia y la calidad de ésta.

B. DERECHO A LA VIDA.

51. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos nacionales como internacionales, por lo que corresponde al Estado mexicano a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

52. La SCJN ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)*¹⁰

53. El derecho humano a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección se encuentran previstas en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

54. De la lectura de los artículos antes mencionados, se advierte un contenido normativo de doble naturaleza: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el

¹⁰ Tesis Constitucional. “Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”. Seminario judicial de la federación, enero de 2011 y registro 16319.

derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.¹¹

55. La CrIDH ha establecido que *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...).”*¹², asimismo, *“(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...).”*¹³

56. Este Organismo Nacional ha sostenido que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regular su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por esa asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los médicos para preservar la vida de sus pacientes.”*¹⁴

57. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1, por AR1, AR2,

¹¹ CNDN, Recomendación 35/2016, párrafo 180.

¹² CrIDH. Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, Pár. 144.

¹³ CrIDH. Caso Familia Barrios vs Venezuela. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párr. 48.

¹⁴ CNDH. Recomendación 75/2017. Párr. 61

AR3 y AR4, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

B. 1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA VIDA DE V1.

58. V1 falleció a las 9:05 horas del 28 de octubre de 2018, siendo la causa de defunción: leucemia linfocítica aguda, neutropenia febril, hipoglucemia refractaria, desequilibrio hidroelectrolítico y enfermedad gastrointestinal de tipo diarreaica

59. Como se precisó en la opinión médica emitida por un especialista de esta Comisión Nacional, AR1, no tomó en cuenta que V1 había permanecido más de 12 horas en el servicio de urgencias con el diagnóstico de síndrome mielodisplásico, que corresponde a trastornos hematológicos malignos, omitiendo indicar su ingreso al servicio de medicina interna y/o hematología, con el fin de estabilizarlo e integrar su diagnóstico como lo establece la NOM-027-SSA3-2013.

60. Una vez que V1, se encontraba en el área de Hematología, se le reportó con una tensión arterial baja que, de acuerdo a la opinión médica de este Organismo Nacional, se debió tratar con aporte de líquidos y/o transfusión para corregir la hipotensión, omitiendo dicho manejo, por tanto, se concluye que su valoración y tratamiento no fue adecuado e incrementó su riesgo de morbimortalidad.

61. El 18 de octubre de 2018, AR2, sin que agotara los medios de diagnóstico para conocer la estirpe o subtipo de leucemia que padecía V1 y su estado de salud aunado a la anemia severa, de manera inadecuada, inició el tratamiento de quimioterapia, con lo que omitió lo recomendado en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de LLA en el Adulto. De igual manera, la opinión médica realizada por especialistas de este Organismo Nacional observó que, en los subsecuentes días, hasta el 25 de octubre de ese año, fecha en que fue dado de

alta, las valoraciones y manejo médico no fueron adecuados e incrementaron el riesgo de morbimortalidad en V1.

62. También es de observar que AR2 omitió registrar los resultados de los estudios de laboratorio de control del paciente previo a prescribir su alta, con el fin de demostrar que metabólicamente se encontraba estable, ya que cursó con niveles bajos de hemoglobina que previamente a iniciar su tratamiento de quimioterapia no fueron corregidos y se manejó con dosis altas de prednisona que incrementaron el riesgo de inmunosupresión e infección, por tanto, en opinión médica de este Organismo Nacional, la indicación de alta hospitalaria no fue adecuada.

63. El 28 de octubre de 2018, V1 regresó al área de urgencias del HGZ No. 1, fue revisado por AR3 en el Triage de ese servicio y a pesar de presentar hipotensión de 70/40 mmhg, fiebre de 38.5 y taquicardia de 122 latidos por minuto, determinó de manera inadecuada un nivel de gravedad “amarillo”, cuando debió clasificar en “rojo”, de acuerdo a la Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adulto para el Segundo y Tercer Nivel. Lo anterior ocasionó que V1 no recibiera la atención médica que requería de manera oportuna a su llegada a urgencias.

64. De esta forma, AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron lo señalado en el artículo 48 del Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica que dispone: *“los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional”*. En la Recomendación General 15, *“Sobre el Derecho a la Protección de la Salud”*, emitida el 23 de abril de 2009, este Organismo Nacional precisó que: *“Los problemas más graves que enfrentan las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud es el relativo a la falta de médicos, especialistas y personal de enfermería necesarios para cubrir la demanda; la falta de capacitación para elaborar diagnósticos eficientes y otorgar tratamientos adecuados a las*

enfermedades (...)”; de igual forma, expresó su preocupación por la inobservancia del marco normativo que rige a las instituciones públicas de salud, ya que derivado del análisis de las quejas que se presentan en esta Comisión Nacional, ha sido posible identificar que en el desarrollo de sus funciones, las personas servidoras públicas que prestan los servicios de salud en el territorio nacional incumplen de manera reiterada con lo prescrito por las diversas Normas Oficiales Mexicanas, las cuales son de observancia obligatoria para los sectores público, privado y social.

65. En el presente caso, AR1, AR2, AR3 y AR4, debieron valorar de forma adecuada e integralmente a V1 y proporcionar la atención médica que requería, para evitar que su salud agravara con las complicaciones que propiciaron la pérdida de su vida.

66. Por lo anteriormente expuesto, este Organismo Nacional concluye que AR1, AR2, AR3 y AR4 vulneraron los derechos de la salud y a la vida de V1, previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6.1. del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos; 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 1, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, así como 1, 2, fracciones I, II, y V1; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracciones I y II y 51, párrafo primero de la Ley General de Salud.

C. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

67. Esta Comisión Nacional recuerda que la apropiada integración del expediente clínico es un deber a cargo de las personas servidoras públicas prestadoras de servicios médicos, para su conformación y conservación, ya que contiene los

antecedentes médicos de las y los pacientes, el historial inherente a su tratamiento y permite conocer la verdad sobre hechos relacionados con la atención médica; por lo que, las instituciones de salud son responsables de su cumplimiento.

68. Por su parte, la CIDH, precisa 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 responsabilidades¹⁵”*

69. La NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico” prevé que el expediente clínico *“es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente [...] mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo [...] los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables [...]”¹⁶.*

70. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29, emitida en el 2017, señaló que se consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en*

¹⁵ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007, párr..68.

¹⁶ Prefacio y artículo 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012

condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad¹⁷

71. En la Opinión Médica elaborada por este Organismo Nacional se advirtió que en las constancias médicas que obran en el expediente clínico integrado con motivo de la atención médica que se le otorgó a V1 en el HGZ No. 1, del IMSS, en Durango, se detectaron diversas omisiones lo que implica un incumplimiento a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, consistente en las siguientes:

FECHA DE LA NOTA MÉDICA	HORA	OMISIÓN
3 de octubre de 2018	s/hora	Falta nombre de la persona servidora pública que atendió a V1 o no es legible
4 de octubre de 2018	16:20	Falta nombre de la persona servidora pública que atendió a V1 o no es legible
7 de octubre de 2018	01:00	Falta nombre de la persona servidora pública que atendió a V1 o no es legible
13 de octubre de 2018	13:15	Falta nombre de la persona servidora pública que atendió a V1 o no es legible
14 de octubre de 2018	s/hora	Falta nombre de la persona servidora pública que atendió a V1 o no es legible
16 de octubre de 2018	s/hora	Falta nota médica de atención y evolución

¹⁷ Recomendación General 29/2017, párr.68

20 de octubre de 2018	s/hora	Falta nombre de la persona servidora pública que atendió a V1 o no es legible
21 de octubre de 2018	s/hora	Falta nota médica de atención y evolución
28 de octubre de 2018	8:01	No se estableció nombre ni cédula del médico
SP1, SP2 y SP3	Diversas notas sin hora	Omitieron firma y número de cédula profesional en sus notas médicas.

72. Específicamente por la falta de horas, nombres y números de cédula profesional se incumple el punto 5.10 , de la NOM-004-SSA3-2012, que establece que *“todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso”* y, respecto de la falta de integración de notas médicas, deja de observarse lo establecido en los numerales 8.2 y 8.3, que indican la historia clínica y notas de evolución del paciente, mismas que son relevantes para la toma de decisiones respecto del tratamiento que se debe seguir.

73. Esta Comisión Nacional recuerda que, frente a las irregularidades en la integración del expediente clínico, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico sea cumplida totalmente.

74. Dichas omisiones no son causa inherente de las complicaciones y fallecimiento de V; sin embargo, resulta importante puntualizar la relevancia de la observancia de las disposiciones técnicas en materia de la integración de expedientes, pues la

incorrecta integración del mismo constituye una violación al derecho a la información en materia de salud, toda vez que impide conocer de manera precisa la atención, tratamiento, seguimiento médico de pacientes, la identidad del personal tratante y con ello establecer responsabilidades, por lo que este Organismo Nacional hace especial referencia a este aspecto a fin de que se implementen las medidas necesarias para garantizar la no repetición de estas irregularidades.

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

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

76. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud¹⁸.

77. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”¹⁹

78. Por otra parte, se debe considerar que la NOM-004- SSA3-2012 del Expediente Clínico advierte que “*...el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto*

¹⁸ CNDH. Recomendaciones: 35/2020, párr. 111; 23/2020, párr. 91; 26/2019, párr. 63; 21/2019, párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017, párr. 116.

¹⁹ 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

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

79. En la Recomendación General 29 “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*²⁰

80. También se ha establecido en diversas recomendaciones que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²¹

81. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del

²⁰ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35

²¹ CNDH. 1/2021, párr. 86, 43/2020, párr. 72; 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67 y 33/2016, párr. 105.

expediente clínico, de conformidad con la citada Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones.²²

82. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que en diversas notas medicas relacionadas con la atención brindada a V1 en el HGZ No. 1, se omitió asentar su nombre completo, fecha y hora de atención del médica tratante, asimismo, no se integraron al expediente las notas médicas de los días 16 y 21 de octubre de 2018; por tanto, infringieron los lineamientos establecidos en los puntos 5.10, 8.2 y 8.3 de la NOM- 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, que establece “(...) *Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables (...); asimismo, se debe indicar la historia clínica y notas de evolución del paciente.*”

83. No obstante, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo que se traduce en el respeto al derecho humano al acceso a la información en la materia, ya que como se asentó, las instituciones de salud y en el caso particular, el IMSS resulta solidariamente responsable de su incumplimiento y como parte de la prevención, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas para que se cumpla en sus términos.

²² CNDH. Recomendaciones 1/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 43/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 21/2019, 26/2019, entre otras.

84. Por lo expuesto, el personal que atendió en el área de urgencias y hematología del HGZ No. 1, incumplieron con lo previsto en el artículo 49 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevé su 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; en ese sentido, aun cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

V. RESPONSABILIDAD.

85. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3 y AR4, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo con las acciones y omisiones ya descritas, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la salud por la inadecuada atención médica, acceso a la información en materia de salud en agravio de V1, así como a su proyecto de vida.

86. AR1, AR2, AR3 y AR4 inobservaron lo establecido en el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que dispone "(...) los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atienda en su jornada de labores. (...) El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamiento de sus pacientes".

87. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3 y AR4, evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable, dado que todas las personas servidoras públicas deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, y para la efectiva aplicación de dichos principios, también deben de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación de la persona, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes, podrían haber incrementado la sobrevivencia de V1 y la calidad de ésta, lo que en el caso concreto no aconteció.

88. Consecuentemente, este Organismo Constitucional Autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que AR1, AR2, AR3 y AR4, incurrieron en acciones u omisiones señaladas en el apartado correspondiente susceptibles de ser investigadas en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

89. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero, y 102, apartado B, de la CPEUM; 6º, fracción III; 71 párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con suficientes evidencias para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, realice el seguimiento del procedimiento administrativo de investigación correspondiente, contra las personas servidoras

públicas antes referidas, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

90. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto, de acuerdo con los artículos 1º, 2º, fracción I, 4º, 7º fracciones II, VI, y VII, 27, 64 fracciones I y II, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción V inciso c), 111, 112, 126 fracción VII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar integralmente el daño a Q, por las violaciones a los derechos humanos de V1 y que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

91. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Medidas de rehabilitación.

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

93. En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar a Q, la atención psicológica por el fallecimiento de V1 que requiera, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas.

94. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para Q, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos.

ii. Medidas de Compensación.

95. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como*

las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la Víctima o su familia”.²³

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

97. Para tal efecto, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a Q, por la mala práctica médica de la que fue víctima V1, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, hecho lo cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento.

iii. Medidas de satisfacción.

98. Las medidas de satisfacción, de acuerdo con los artículos 27 fracción IV y 73, de la Ley General de Víctimas, tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas. Es necesario tomar en cuenta que éstas se pueden realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

²³ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas) Párrafo 90.

99. Se requiere que, dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a Q1, la autoridad recomendada colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la queja administrativa que se interpondrá ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra del personal involucrado en las violaciones a los derechos humanos descritas.

iv. Medidas de no repetición.

100. Tomando en consideración los artículos 27, fracción V1 y 74, fracciones VII y IX, de la Ley General de Víctimas, estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por lo cual, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

101. Al respecto, las autoridades del IMSS deberán implementar un curso integral a partir de la aceptación de la presente Recomendación, al personal médico del HGZ No. 1, del IMSS, en Durango, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, sobre la adecuada integración del expediente clínico y sobre el derecho a la vida con relación al derecho a la salud cuyo contenido deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad.

102. A partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal de Medicina Familiar del HGZ No. 1, del IMSS en Durango, a que acrediten en los casos que sea procedente la certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un

servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con debida diligencia, probidad y profesionalismo.

103. Lo anterior, de conformidad con el “Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto en el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha Ley”²⁴

104. En un plazo no mayor a un mes se deberá publicar en el sitio web e intranet del IMSS el texto íntegro de la presente Recomendación para el conocimiento del personal y de la población en general, durante los tres meses siguientes.

105. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, proceda a la inmediata reparación integral del daño ocasionado a Q1, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el deceso de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, se le inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue atención psicológica que requiera Q1, por las acciones u omisiones que

²⁴ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.

dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a su edad y necesidades específicas, así como de ser necesario, proveerle de los medicamentos convenientes a su situación. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en lugar accesible, con su consentimiento, hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore con este Organismo Nacional en el seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS contra AR1, AR2, AR3 y AR4 por los actos cometidos en contra de V1, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. En el plazo de 2 meses se emita una circular dirigida al personal médico del HGZ No. 1, del IMSS, en Durango, en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como un listado de las y los especialistas que cuenten con certificación y recertificación vigente, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En un plazo de 3 meses, se diseñen e impartan a todo el personal directivo, médico y de residencia en el HGZ No. del IMSS, en Durango incluidos AR1, AR2, AR3 y AR4 los siguientes cursos de capacitación de no menos de 20 horas: 1) El Derecho a la Salud y los estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud, 2) Sobre la adecuada integración del expediente clínico, 3) Sobre el derecho a la vida con relación al derecho a la salud y 4) sobre las Normas Oficiales Mexicanas abordadas

en el presente pronunciamiento (NOM-004-SSA3-2012 y NOM-006-SSA3-2011 relativas al presente caso y Recomendación General 21/2017. En todos se deberá señalar que se está impartiendo en cumplimiento a la presente Recomendación. Se deberán contemplar los elementos y características descritos en la presente Recomendación, los que deberán ser impartidos por personal especializado, los cuales podrán estar en la plataforma con que cuenta dicho instituto o en su caso implementar las ligas de las diversas plataformas en donde podrán tomar dichas capacitaciones en la modalidad en línea, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. En un plazo no mayor a un mes de aceptada la presente recomendación se deberá publicar durante tres meses en el sitio web e intranet del IMSS el texto íntegro de la presente Recomendación para el conocimiento del personal y de la población en general, y se deberá presentar a esta Comisión las evidencias respectivas.

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

106. 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 una conducta irregular cometida por personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, Constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otra autoridad competente para que, dentro de sus

atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

107. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

108. 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 de quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

109. 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 podrá solicitar 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