



RECOMENDACIÓN No. 2 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V1, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V2, POR PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ” Y DEL “HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO”, AMBOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 11 de febrero de 2021.

**DR. JORGE ALCOCER VARELA
SECRETARIO DE SALUD FEDERAL.**

Distinguido Señor Secretario:

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, primer párrafo; 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 y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2019/1974/Q**, sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V1, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de V2.

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 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 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 y 3; 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último, 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 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 en los hechos son los siguientes:

Claves	Denominación
V	Víctima
Q	Quejosa
AR	Autoridad responsable

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con acrónimos o abreviaturas a fin de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como enseguida se refieren:

Denominación:	Acrónimo:
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH

Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.	Hospital “ <i>Gea González</i> ”
Hospital Nacional Homeopático.	Hospital Homeopático
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “ <i>Salvador Zubirán</i> ”.	Instituto “ <i>Salvador Zubirán</i> ”
Comisión Nacional de Arbitraje Médico.	CONAMED
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Reglamento de la Ley General de Salud.

I. HECHOS.

5. El 19 de febrero de 2019, mediante escrito de queja presentado ante esta Comisión Nacional, Q refirió violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V1 y V2, atribuibles a personal médico del Hospital “*Gea González*” y del Hospital Homeopático, ambos de la Secretaría de Salud Federal y ubicados en la Ciudad de México, toda vez que el 11 de febrero de 2019, V acudió a las 20:00 horas al servicio de urgencias de Hospital “*Gea González*”, donde fue atendido a las 21:29 horas, por [REDACTED]nal, diagnosticado con probable [REDACTED]

6. El 11 de febrero de 2019, V1 fue valorado en el Hospital “*Gea González*” por un especialista en cirugía general, quien lo encontró con dolor abdominal de 24 horas de evolución y estableció el diagnóstico de [REDACTED] [REDACTED] no especificada, pero le recomendó que acudiera a otro hospital para continuar con



“abordaje” de diagnóstico, ya que no contaban con espacio físico en ese nosocomio.

7. En esa misma fecha, con el pronóstico reservado a evolución, V1 fue egresado por alta del Hospital “Gea González”, señalando en la hoja de urgencias que fue por voluntad propia.

8. El 12 de febrero de 2019, a las 7:30 horas, V1 acudió al Hospital Homeopático, donde después de valorarlo consideraron que no era urgente, siendo atendido a las 12:30 horas, descartando apendicitis y con diagnóstico de coproestasis secundaria a probable [REDACTED] crónico, recetando [REDACTED] y [REDACTED], señalando que no se contaba con espacio físico en el área de urgencias para concluir el protocolo en ese momento.

9. El día 13 de febrero de 2019, a las 17:30 horas, V1 acudió al área de urgencias del Instituto “Salvador Zubirán” donde los médicos le realizaron interconsulta y estudios.

10. El día 14 de febrero de 2019, a las 00:53 horas, V1 fue ingresado al servicio de [REDACTED] en el citado Instituto y le realizaron más estudios de laboratorio y de imagen e ingresó a [REDACTED] exploradora.

11. En esa fecha fue intervenido quirúrgicamente, cursando el posquirúrgico en condición de [REDACTED] [REDACTED], evolucionó a una [REDACTED] múltiple, presentando [REDACTED], falleciendo a las [REDACTED] horas del día [REDACTED].

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

12. El 19 de febrero de 2019, médicos del Instituto “*Salvador Zubirán*” emitieron el resultado del estudio de [REDACTED] en el que determinaron diagnósticos de [REDACTED] y [REDACTED].

13. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/1/2019/1974/Q**, y a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos, se solicitó diversa información al Hospital “*Gea González*” y al Hospital Homeopático, así como al Instituto “*Salvador Zubirán*”, los cuales proporcionaron copias de los expedientes clínicos de V, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

14. Escrito de queja presentado el 19 de febrero de 2019, ante esta Comisión Nacional, por el que Q manifestó violaciones a los derechos humanos de V1 y V2, atribuibles a personal médico del Hospital “*Gea González*” y Hospital Homeopático.

15. Oficio HGMGG-DG-SAJ-1734-2019 de 23 de julio de 2019, suscrito por la Subdirectora de Asuntos Jurídicos del Hospital “*Gea González*”, a través del cual envió a esta Comisión Nacional el informe médico de la atención brindada a V1, así como el diverso HGMGG-DG-DM-SSA-JDAAC-317/2019, por el que se informó que no se aperturó expediente clínico a nombre de V1, del que se destaca lo siguiente:

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

15.1. Oficio HGMGG-DG-DM-SC-JDCGE-165-2019 del 12 de julio de 2019, a través del cual el Jefe de la División de Cirugía General y Endoscopía del Hospital “*Gea González*” remitió un informe rendido por AR2, en el que señaló que V1 ingresó al área de urgencias de este hospital, donde después de ser valorado y realizada la exploración física se llegó al diagnóstico presuncional de [REDACTED]. Sin embargo, no contaban con espacio físico en el hospital, por lo que se le recomendó acudir a otro para continuar su atención médica.

15.2. Hoja de valoración inicial –adultos- de 11 de febrero de 2019, en la que AR1 hizo constar que V1 ingresó y fue atendido en el Hospital “*Gea González*” a las 20:00 horas, con motivo de dolor abdominal de inicio epigástrico y posteriormente en [REDACTED] Narración de Hechos

15.3. Hoja de atención médica de la División de Urgencias Adulto, de 11 de febrero de 2019, en la que se hizo constar la atención y valoración realizada a V1 a las 21:29 horas, por dolor abdominal con 24 horas de evolución y se estableció el diagnóstico de [REDACTED] no especificada, así como la recomendación a V1 para que acudiera a otro hospital para continuar con “*abordaje*” de diagnóstico.

16. Oficio CCINSHAE-DGCHFR-DHNNH-562-2019 de 26 de junio de 2019, a través del cual el Director General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia de la Secretaría de Salud Federal, rindió un informe relativo a la atención brindada a V1 y remitió diversa documentación, de la que destaca la siguiente: **(Foja 34)**

16.1. Hoja de Valoración Inicial Adultos de fecha 12 de febrero de 2019 en donde AR3 hizo constar que V1 ingreso a las 07:30 horas al Hospital Homeopático y su atención no era urgente, con “*nivel de prioridad III*”.

16.2. Hoja de Valoración de Servicio de Urgencias de 12 de febrero de 2019, en la que AR3 asentó que V1 fue atendido a las 12:30 horas, con dolor inespecífico, estableciendo los diagnósticos de [REDACTED] a probable [REDACTED] crónico y se indicó el tratamiento de [REDACTED] e. Asimismo, informó que no se tenía espacio físico para concluir el protocolo en ese momento.

16.3. Narrativa de hechos de fecha 7 de marzo de 2019 suscrita por AR3, a través del cual informó cual fue la atención que se brindó a V1.

17. Receta individual prescrita por AR3 a V1, de los medicamentos “[REDACTED] y T [REDACTED] 200mg”.

18. Oficio CCINSHAE-DGCHFR-DHNNH-107-2020, de 24 de febrero de 2020, suscrito por la Subdirectora Médica de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia de la Secretaría de Salud Federal, a través del cual rindió un informe a esta Comisión Nacional, al que anexó la siguiente documentación:

18.1. Oficio DGC/220/CI/231-2019/2019 de 26 de febrero de 2019, por el que la CONAMED notificó al representante legal del Hospital Homeopático la queja promovida por V2 ante esa instancia e inició el Expediente A.

18.2. Acta de Audiencia dentro del Expediente A, llevada a cabo el 12 de abril de 2019, entre V2 y los representantes legales del Hospital Homeopático, en la que se dejaron a salvo sus derechos para hacerlos valer como legalmente corresponda, por así haberlo manifestado en razón de que no se llegó a alguna conciliación entre las partes.

19. Oficio A.J./353/2020 de 11 de marzo de 2020, suscrito por la Jefa del Departamento de Asesoría Jurídica del Instituto “*Salvador Zubirán*”, a través del cual envió a esta Comisión Nacional copia certificada del expediente clínico de V1, del que se desprende la siguiente información:

19.1. Nota de interconsulta de 13 de febrero de 2019, en la que se describe el cuadro clínico que presentó V1, con impresión diagnóstica de [REDACTED] probablemente secundaria a [REDACTED] [REDACTED] complicada, [REDACTED] de [REDACTED] y [REDACTED].

19.2. Nota inicial de urgencias de 14 de febrero de 2019, elaborada a las 00:53 horas, en la que se indicó que V1 acudió por persistir la Sintomatología [REDACTED]).

19.3. Nota operatoria de 14 de febrero de 2019, en la que se describió el procedimiento quirúrgico realizado a V1 y el hallazgo de [REDACTED] [REDACTED] y [REDACTED], así como el traslado a Terapia Intensiva como paciente grave.

19.4. Nota de evolución de la Unidad de Terapia Intensiva, de 14 de febrero de 2019, en la cual se indicó que V1 ingresó a quirófano ese día y se le realizó [REDACTED] exploradora, así como [REDACTED] abierta.

19.5. Nota de defunción de [REDACTED] *narración de hechos*, en la que se asentó que V1 falleció a las [REDACTED] Hora horas de ese día por [REDACTED] y “sepsis [REDACTED]”

19.6. Reporte del Departamento de Patología del Instituto “*Salvador Zubirán*” del 19 de febrero de 2019, practicado a V1, en donde se señaló como diagnóstico “*producto de apendicectomía: apendicitis aguda perforada y periapendicitis aguda*”.

19.7. Certificado de defunción de V1, emitido por la Secretaría de Salud, en el que se indicó como causa del fallecimiento “[REDACTED] y [REDACTED]”, ocurrido a las 19:10 horas del día 14 de febrero de 2019.

20. Opinión médica de 26 de mayo de 2020, emitida por este Organismo Nacional respecto de la atención médica brindada a V1 con base en el análisis de los expedientes clínicos proporcionados por el Hospital “*Gea González*”, el Hospital Homeopático y el Instituto “*Salvador Zubirán*”.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

21. El 26 de febrero de 2019, V2 presentó queja ante CONAMED en contra del Hospital Homeopático por la atención brindada a V1, la cual fue radicada bajo el número de Expediente A.

22. El 12 de abril de 2019 se celebró en CONAMED la Audiencia de Conciliación entre las partes, sin que llegaran a un acuerdo, por lo que se dejaron a salvo los derechos de V2 para que los hiciera valer conforme correspondiera.

IV. OBSERVACIONES.

23. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2019/1974/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con un enfoque 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 los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN y de la CrIDH, se contó con evidencias que acreditan las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles al personal médico AR1, AR2 y AR3, adscritos los dos primeros al Hospital “Gea González” y la última autoridad responsable de las mencionadas al Hospital Homeopático, en agravio de V1 y V2.

23.1. A la protección de la salud de V1.

23.2. A la vida, cometida en agravio de V1; y

23.3. Al acceso a la información en materia de salud en agravio de V2.

24. Lo anterior, en razón a las consideraciones expuestas en el presente apartado:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

25. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Federal reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

26. Es atinente la jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).”*¹

27. 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, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...).”*

28. El artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales², señala que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel de vida posible de salud física y mental.

¹ Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

² Ratificado por México en 1981.

29. El párrafo 1 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 fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).*”³

30. 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 por medidas sanitarias y sociales, relativas (...) a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.*”

31. En los artículos 10.1, así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“*Protocolo de San Salvador*”), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

³ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, aprobada por la Asamblea General de la ONU.

32. La CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”⁴ estableció que: “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...).”

33. 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 que se aseveró que: “(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.”⁵

34. En el caso particular, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2 y AR3, omitieron brindar a V1 la atención médica adecuada y oportuna en su calidad de garante que les obligan las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud vigente, lo que se tradujo en una mala praxis⁶ y en consecuencia, la evidente violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 que derivó en la pérdida de su vida, como se esgrimirá más adelante.

⁴ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

⁵ CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.

⁶ De acuerdo con Cristina Cerquella Senecal, en “Responsabilidad profesional de Enfermería”, la mala praxis comprende el error, la negligencia, la impericia, la falta de cuidados asistenciales, la falta de información o consentimiento informado, la omisión de deber de auxilio, la violación del secreto profesional, o el intrusismo en que incurra la persona profesional de la salud en su atención al paciente.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud por la inadecuada atención médica brindada a V1.

35. El 11 de febrero de 2019, V1 ingresó al servicio de urgencias del Hospital “Gea González” porque tenía dolor abdominal de 24 horas de evolución y se le diagnosticó [REDACTED] no especificada; sin embargo, AR1 recomendó a V1 que acudiera a otro hospital para continuar con el “abordaje”, ya que no contaban con espacio físico suficiente en ese hospital.

36. El 12 de febrero de 2019, a las 07:30 horas, V1 acudió al Hospital Homeopático, donde fue atendido hasta las 12:30 horas, descartando [REDACTED], con diagnóstico de [REDACTED] secundaria a probable [REDACTED] crónico, le prescribieron medicamento y le informaron que no contaban con espacio físico en el área de urgencias para concluir el protocolo.

37. Los días 13 y 14 de febrero de 2019, V1 fue atendido en interconsulta por personal del Instituto “Salvador Zubirán”, en donde le brindaron atención médica, le realizaron varios estudios, [REDACTED], [REDACTED] abierta y [REDACTED] de [REDACTED].

38. En la opinión médica especializada emitida por este Organismo Nacional se determinó que la atención brindada a V1 fue inadecuada por los siguientes aspectos:

39. A las 20:00 horas del 11 de febrero de 2019, V1 fue valorado por AR1 del Hospital “Gea González”, quien lo diagnosticó con [REDACTED] y probable [REDACTED], pero fue atendido en los servicios de urgencia hasta las 21:29 horas,

por el especialista AR2, quien lo encontró con dolor abdominal en región del cuadrante inferior derecho de 24 horas de evolución, mismo que se acompañaba de [REDACTED] [REDACTED] en tres ocasiones con [REDACTED] a de [REDACTED], con signos vitales alterados a razón de [REDACTED] y [REDACTED], asimismo, a la inspección y exploración física lo reportó [REDACTED] con [REDACTED] de [REDACTED] tegumentos con [REDACTED], [REDACTED] sin compromiso, a [REDACTED] los movimientos propios de las estructuras abdominales se encontraban disminuidos en [REDACTED], presencia de [REDACTED] [REDACTED] en el cuadrante superior del [REDACTED] ([REDACTED]) con [REDACTED] a la [REDACTED] y [REDACTED] en [REDACTED] derecho (punto [REDACTED] relacionado con diversas maniobras diagnósticas de evaluación del [REDACTED], positivo) con otros signos apendiculares positivos (sin hacer mención de cuáles) aumento de dolor al momento de la [REDACTED] en [REDACTED], por lo cual el médico estableció como diagnóstico "[REDACTED]".

40. Sin embargo, AR2 omitió programarlo de inmediato para apendicectomía, desestimando la causa de la solicitud de atención al presentar abdomen agudo y el tiempo transcurrido de la sintomatología clínica, siendo conocimiento obligado ya que la Guía de Práctica Clínica de Apendicitis Aguda señala que "(...) *todo paciente con cuadro clínico clásico (dolor abdominal agudo, cólico, localizado en región periumbilical, con incremento rápido de intensidad antes de 24 horas, irradiado a CID, con o sin náusea, vómito, fiebre de 38° C o más, hipersensibilidad en CID, defensa y rigidez muscular involuntaria, McBurney), independientemente de su sexo, edad o si existe gestación debe ser referido de medicina familiar a urgencias para valoración por cirugía general en forma inmediata [no es necesario solicitar exámenes de laboratorio ni de gabinete] (...)*".

41. Asimismo, de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Salud artículo 32 *“Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”*, por su parte, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en su artículo 9 dispone que: *“La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”*, por lo que es claro que tales preceptos normativos fueron vulnerados por AR2, ya que su conducta causó una dilación injustificada en brindar tratamiento idóneo y las lamentables consecuencias con las cuales cursó posteriormente la víctima.

42. Asimismo, AR2 estableció erróneamente que el paciente se encontraba **“[REDACTED]”** (sic), desestimando la **[REDACTED]** y **[REDACTED]** que traducían compromiso agudo en su estado de salud (eventual estado de choque), informando al paciente y a su familiar la necesidad de continuar con el protocolo diagnóstico en otra unidad médica debido a que en ese momento no se contaba de espacio físico en el hospital, por lo que *“se recomendó al paciente y familiar acudir a otro hospital para continuar con su abordaje diagnóstico.”*

43. Al respecto, se señala que el citado especialista estaba obligado a priorizar la atención y estabilizar al paciente por cursar con una urgencia absoluta (abdomen agudo) y programarlo para una **[REDACTED]** en lugar de limitarse a recomendar acudir a otro hospital para continuar con abordaje diagnóstico, toda vez que se tenía ya la certeza diagnóstica de que V1 tenía apendicitis.

44. Según lo estipulado en la nota de atención de urgencias del Hospital “Gea González”, el motivo del alta de V1 fue por *“voluntad propia”*; sin embargo, al analizar el expediente clínico integrado en tal nosocomio no se encontró el documento de egreso voluntario, con lo cual se incumplió con lo dispuesto en lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*, que en su numeral 10.2 y 10.2.1 que señalan que la hoja de egreso voluntario es un documento por medio del cual el paciente, el familiar más cercano, tutor o representante legal, solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera generar. En el caso que nos ocupa, sólo se anexó una nota en la que se observó escrito de puño y letra la leyenda “[Q] se me informa la falta de espacio físico, así como la necesidad de continuar protocolo diagnóstico por lo cual se continúa con atención médica en otro hospital”.

45. AR2 tampoco entregó a V1 la hoja de referencia y contrarreferencia en la que se hubieran establecido los hallazgos clínicos y los diagnósticos presuntivos para poder orientar al médico receptor, por lo que incumplió con la Ley General de Salud en su artículo 32 *“Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”*; en relación con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en su artículo 73 que dispone que *“El responsable del servicio de urgencias del establecimiento, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido”*, ni con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del Expediente clínico*, en su

numeral 6.4 *“Nota de referencia/traslado. De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía al paciente”.*

46. Por lo que se refiere al Hospital Homeopático, AR3 fue omiso en brindar un adecuado manejo médico con la hoja de valoración inicial de adultos, ya que V1 acudió el 12 de febrero de 2019, a las 07:30 horas, reportándolo hipotenso con presión arterial baja y, erróneamente, señaló en el apartado de dolor abdominal *“negativo”*, sin clasificar su atención médica como urgente para que fuera atendido en forma prioritaria en un tiempo máximo de 30 a 60 minutos.

47. Sin embargo, V1 fue atendido por AR3 hasta las 12:30 horas, es decir cinco horas después de su llegada al Hospital Homeopático, quien lo encontró con los antecedentes médicos antes descritos y dolor inespecífico que inició el 11 de febrero de 2019, [REDACTED] con ligera [REDACTED] latidos por minuto), consciente, sin compromiso [REDACTED], [REDACTED] con [REDACTED] a nivel de [REDACTED] y [REDACTED] [REDACTED] o y flanco izquierdo) sonido [REDACTED] puntos [REDACTED] McBurney, lance y obturador negativos, estableciendo los diagnósticos de [REDACTED] [REDACTED] a probable estreñimiento crónico, indicando tratamiento con enema evacuante, posterior al cual se presentaron evacuaciones, mismas que presentaron mejoría clínica según lo referido por el médico, con lo que se pudo advertir que AR3 desestimó que V1 cursaba con una apendicitis aguda.

48. No obstante que AR3 indicó en su nota que se realizaron radiografías, éstas no fueron descritas ni tampoco interpretadas en la nota de urgencias, de igual

forma no se realizaron pruebas de laboratorio, ni se solicitó valoración por el servicio de cirugía general, por lo que se incumplió con la Ley General de Salud en su artículo 32, y 9 del Reglamento de la Ley General de Salud.

49. En consecuencia, sin haber integrado un diagnóstico de certeza ni brindar el tratamiento idóneo, se practicó inadecuadamente a V1 un enema evacuante, lo que resulta un procedimiento contraindicado en abdomen agudo, ya que condiciona y favorece la perforación intestinal, además de egresarlo el 12 de febrero de 2019, omitiendo AR3 realizar su nota de alta, por lo que también incumplió la *NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*, en su numeral 8.9 “*Nota de egreso. Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo: 8.9.1 Fecha de ingreso/egreso; 8.9.2 Motivo del egreso; 8.9.3 Diagnósticos finales (...)*”, y se limitó a expedir una receta por [REDACTED] AB) y [REDACTED]), medicamento que enmascaró aún más el cuadro de urgencia abdominal.

50. Ante la persistencia y evolución hacia la gravedad de la sintomatología de V1, el **narración de hechos** [REDACTED] fue llevado a urgencias del Instituto “*Salvador Zubirán*”, donde los médicos lo atendieron de manera adecuada, ya que al recibirlo en estado de choque manifestado por [REDACTED] mmHg, taquicardia [REDACTED] latidos por minutos, aumento de frecuencia respiratoria, desaturación de oxígeno en [REDACTED] del [REDACTED] (disminución del oxígeno por debajo de [REDACTED] por ciento), lo ingresaron de inmediato al área de resucitación cardiopulmonar, donde se inició la reanimación hídrica.

51. Posteriormente, continuó en valoración y se le ingresó a protocolo de estudio que confirmó la gravedad de su estado de salud manifestada por [REDACTED]

52. Una vez estabilizado, V1 fue intervenido quirúrgicamente ese mismo día de apendicectomía abierta más lavado de cavidad bajo anestesia general, obteniendo en cavidad abdominal líquido purulento en cantidad de mil cien mililitros enviando muestra para cultivo, continuando con la exploración de cavidad se encontraron abundantes natas de fibrina (pus) en [REDACTED], [REDACTED] de la muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido en un organismo vivo) perforado en su punta, extrayendo y resecaando la pieza quirúrgica de [REDACTED] lavando la [REDACTED], [REDACTED] y hueco [REDACTED], colocándose drenajes, cerrando pared abdominal por planos y dándose por terminado el acto quirúrgico, el cual fue apegado a la literatura médica especializada de [REDACTED] y [REDACTED].

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

gravedad extrema, evolucionó hacia el deterioro, ya que cursaba con choque distributivo refractario, optimizando su manejo con líquidos, antibioterapia de amplio espectro (meropenem, vancomicina, anidulafungina y amikacina), manejo que a pesar de ser adecuado no le brindó mejoría significativa en su deteriorado estado de salud, evolucionando rápidamente con falla orgánica múltiple, por lo que presentó paro cardiorrespiratorio irreversible a maniobras avanzadas de resucitación, cuyo lamentable deceso ocurrió a las **Hora** horas del **Fecha Fecha** **Fecha** teniendo como causas de muerte **██████████** y **██████████**, según consta en el certificado de defunción.

54. Asimismo, médicos adscritos al servicio de patología del Instituto “*Salvador Zubirán*”, el 19 de febrero de 2019, corroboraron el diagnóstico de la causa del lamentable fallecimiento de V1, de **██████████** y *periapendicitis* **██████████**

55. Para esta Comisión Nacional, desde el punto de vista médico forense, de los hallazgos durante el transoperatorio de fecha 14 de febrero de 2019, descritos como septicemia secundaria a apendicitis aguda perforada, de la condición de gravedad con la cual arribo V1 al Instituto “*Salvador Zubirán*”, así como del reporte de patología de fecha 19 de febrero de 2019, en que se indicó que el resultado del estudio fue “**██████████** y **██████████**”, se puede establecer que fueron consecuencia directa de la dilación de la atención así como las omisiones incurridas y el diagnóstico erróneo de los médicos AR1, AR2 y AR3.

56. De haberle brindado a V1 un diagnóstico y tratamiento oportuno por AR1, AR2 y AR3, se le habría brindado un mejor pronóstico de sobrevivencia al cual tenía derecho, lo cual lamentablemente no sucedió, como ya se señaló, la [REDACTED] es una entidad clínica que debe atenderse de manera urgente, ya que la demora en su atención elevó la morbilidad, como lo señala la Guía de Práctica Clínica de apendicitis aguda que menciona: *“La perforación del apéndice es más frecuente entre las 24 y 72 horas de iniciado el dolor en adultos jóvenes (...)”*.

57. Del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que AR1, AR2 y AR3 incumplieron en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27, fracción III, 32, 33, fracción II y III, 51 y 77 bis 37, fracciones I, III y XVI, de la Ley General de Salud, que en términos generales, establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V1.

58. A fin de garantizar una adecuada atención médica se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.⁷

⁷ Resolución 70/a de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, titulada *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*.

59. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

60. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en: *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, en especial, en relación a la meta 3.8, cuya misión es: *“(…) Lograr la cobertura sanitaria universal, (...) incluid[o] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (...)”*.

61. Por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo para garantizar una vida saludable y se promueva el bienestar para todas las personas a cualquier edad; por ello, se requiere reforzar los servicios hospitalarios a fin de que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a sus pacientes de manera adecuada y con base en los protocolos existentes para cada padecimiento.

B. DERECHO A LA VIDA.

62. 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.

63. La Suprema Corte de Justicia de la Nación 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 y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)”*.⁸

64. 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, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

65. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: 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 derecho a la vida de quienes se encuentre bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.⁹

⁸ Tesis Constitucional. *“Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”*. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011, y registro 16319.

⁹ CNDH, Recomendación 35/2016, párrafo 180.

66. 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 la 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 (...).”*¹⁰, asimismo *“(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...).”*¹¹

67. En el caso *“Niños de la Calle vs. Guatemala”* la CrIDH señaló que la protección activa del derecho a la vida por parte del Estado, involucra a todas sus instituciones.¹²

68. 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 regulan 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 dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio*

¹⁰ 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. Párrafo 144.

¹¹ CrIDH. Caso *Familia Barrios vs. Venezuela*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

¹² Caso *“Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*” sentencia de Fondo, 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

*médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”.*¹³

69. 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 y AR3, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida, como se analizará en seguida.

B.1. Violación al derecho humano a la vida de V1.

70. V1 falleció a las 19:10 horas del 14 de febrero de 2019 y conforme a lo señalado en su certificado de defunción, la causa se debió a una [REDACTED] y [REDACTED]

71. Como se precisó en la opinión médica emitida por este Organismo Nacional, AR1, AR2 y AR3 fueron omisos en brindar a V1 una atención médica adecuada, toda vez que aun cuando V presentó un cuadro de apendicitis, no se le brindó la atención médica que requería, consistente en la cirugía de [REDACTED], sino que AR2 y AR3 lo egresaron del Hospital “Gea González” y del Hospital Homeopático, respectivamente, lo que agravó su estado de salud, razón por la cual fue atendido por personal médico del Instituto “Salvador Zubirán” el 14 de febrero de 2019, donde lamentablemente falleció, es decir, después de las omisiones e irregularidades en que incurrieron AR1, AR2 y AR3.

¹³ CNDH. Recomendación 75/2017. Párrafo 61.

72. Por su parte, AR3 le recetó a V1 tratamiento de enema evacuante, procedimiento contraindicado en abdomen agudo porque condiciona y favorece la perforación intestinal, lo cual finalmente le ocurrió a V1, causándole una [REDACTED] que, eventualmente, provocó su fallecimiento.

73. De esta forma AR1, AR2 y AR3 incumplieron lo señalado en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud que dispone: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)”* en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica: *“CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”*.

74. El personal médico tratante mencionado incumplió el *“Código de conducta para el Personal de Salud 2002”*, que en el rubro de *“Estándares de trato profesional”* establece en los puntos 2 y 3 lo siguientes: *“Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta”, “Se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”*.

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

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

76. En el presente caso, el personal médico identificado como responsable debieron valorar adecuadamente a V1, y atender la urgencia que presentó, a fin de que se lograra su estabilización mediante la realización del procedimiento quirúrgico de [REDACTED] y evitar que su salud se agravara con las complicaciones que propiciaron la pérdida de la vida.

77. De lo expuesto, este Organismo Nacional concluye que AR1, AR2 y AR3, vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1, previstos en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, 4°, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud y el contenido de la Norma Oficial Mexicana *NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos*.

78. La elevación del riesgo permitido repercutió en el deterioro de su salud, así como en el posterior y lamentable fallecimiento de V1, vulnerando con ello su derecho humano a la vida y lo establecido en los artículos 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

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

79. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a información.

80. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,¹⁴ párrafo 27, 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.”*

81. En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, sostuvo 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.”*¹⁵

82. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*, establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por*

¹⁴ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

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

*documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).*¹⁶

83. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, expuso que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos 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 que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

84. 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

¹⁶ Introducción, párrafo segundo.

y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.¹⁷

85. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades que este Organismo Nacional encontró con motivo de la queja presentada en agravio de V1.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

86. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que el 11 de febrero de 2019, V1 fue valorado en el Hospital “*Gea González*” por AR1 y AR2, éste último fue quien informó a V1 y a V2 que se continuara con el protocolo diagnóstico en otra unidad médica debido a que en ese momento no contaban con espacio físico en ese hospital, pero no elaboró hoja de referencia y contrarreferencia, en la que se establecieran los hallazgos clínicos y los diagnósticos presuntivos para orientar al médico receptor, ni agregó al expediente clínico el formato de egreso del alta voluntaria del hospital, al que se hubiera adjuntado la nota escrita con puño y letra de V2, en la que asentó que se le informó la falta de espacio físico, así como la necesidad de continuar protocolo diagnóstico.

¹⁷ CNDH, párrafo 34.

87. Asimismo, el 12 de febrero de 2019, cuando AR3 brindó atención médica a V1 en el Hospital Homeopático, señaló que se realizaron radiografías sin que los estudios paraclínicos fueran descritos ni interpretados en la nota de urgencias, asimismo, fue omiso en elaborar la nota médica del alta y egreso de V1 de dicho hospital.

88. AR1, AR2 y AR3 incumplieron la Norma Oficial Mexicana *NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico*, en sus numerales 4.4 *“Expediente Clínico. (...) 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 (...) obligatoriamente deben formar parte del expediente clínico (...), y 6.4 Nota de referencia/traslado. De requerirse deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía al paciente.”*

89. Las irregularidades descritas en la integración y llenado de las notas médicas contenidas en el expediente clínico de V1, constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer la atención médica proporcionada y las personas responsables de ésta en relación con las y los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, con lo cual se vulnera el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de su atención médica en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

90. La inobservancia de la *NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico* ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben.

91. A pesar de tales recomendaciones, el personal médico persiste 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 cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, por lo que, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

92. Cabe destacar que el 8 de septiembre de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la diversa NOM-024-SSA3-2010, *“que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud”*, la cual también es de observancia obligatoria en el sector público y para quienes presten servicios médicos de los sectores social y privado, que adopten sistemas de registros electrónicos en materia de salud; por ello, es indispensable que la

Secretaría de Salud Federal considere su subsecuente aplicabilidad al ser considerado un: *“Sistema Informático que almacena los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser accesado por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integral la atención y cuidados de salud”*.¹⁸

93. En el caso particular, AR1, AR2 y AR3 incumplieron con lo previsto en los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII y 49, fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén la obligación que tienen los servidores públicos 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, así como brindar un trato digno y respetuoso contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

D. RESPONSABILIDAD.

94. La responsabilidad de AR1 provino de su falta de probidad en el servicio médico público que presta al solicitar a V1 que se retirara y acudiera a otro

¹⁸ Manual del expediente clínico electrónico emitido por la Secretaría de Salud en el año 2011, 1ª edición, pág.11.

hospital, ya que en el Hospital “*Gea González*” no contaban con espacio físico suficiente para atenderlo y continuar con el “*abordaje*” diagnóstico.

95. También, faltó a su deber de probidad al no tratar con oportunidad a V1, pues fue omiso en brindarle un diagnóstico y tratamiento oportuno, lo cual le habría provisto de un pronóstico de sobrevida mejor, ya que la apendicitis debe ser atendida de manera urgente, con lo cual contravino lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Apendicitis Aguda.

96. Después de poco más de una hora de espera en el área de urgencias del Hospital “*Gea González*”, V1 fue valorado por AR2, quien lo encontró con dolor abdominal en región del cuadrante inferior derecho de 24 horas de evolución, mismo que se acompañaba de náuseas, vómitos en tres ocasiones con pérdida de apetito con signos vitales alterados a razón de hipotensión y taquicárdico, asimismo, a la inspección y exploración física lo reportó alerta, tranquilo, orientado con facies de dolor, tegumentos con leve palidez, cardiopulmonar sin compromiso, a nivel abdominal los movimientos propios de las estructuras abdominales se encontraban disminuidos en frecuencia e intensidad, presencia de aire en el cuadrante superior del abdomen con dolor a la palpación y percusión en hipocondrio derecho con otros signos apendiculares positivos (sin hacer mención de cuales) aumento de dolor al momento de la palpación (hiperbaralgesia) en fosa iliaca derecha, por lo cual el médico estableció como diagnóstico el de apendicitis aguda no especificada.

97. AR2 omitió programarlo de inmediato para apendicectomía, desestimando la causa de la solicitud de atención al presentar [REDACTED] y el tiempo

transcurrido de la [REDACTED], siendo conocimiento obligado para las personas profesionales médicos, ya que la Guía de Práctica Clínica de [REDACTED] que señala “(...) *todo paciente con cuadro clínico clásico (dolor abdominal agudo, cólico, localizado en región periumbilical, con incremento rápido de intensidad antes de 24 horas, irradiado a CID, con o sin náusea, vómito, fiebre de 38° C o más, hipersensibilidad en CID, defensa y rigidez muscular involuntaria, McBurney), independientemente de su sexo, edad o si existe gestación debe ser referido de medicina familiar a urgencias para valoración por cirugía general en forma inmediata (no es necesario solicitar exámenes de laboratorio ni de gabinete) (...)*”.

98. También, AR2 estableció erróneamente que el paciente se encontraba “*hemodinámicamente estable*” (sic), desestimando la hipotensión y taquicardia que traducían compromiso agudo en su estado de salud (eventual estado de choque), informando al paciente y a su familiar la necesidad de continuar con el protocolo diagnóstico en otra unidad médica debido a que en ese momento no se contaba de espacio físico en el hospital, por lo que “*se recomendó al paciente y familiar acudir a otro hospital para continuar con su abordaje diagnóstico*”.

99. Por su parte, AR3 fue omiso en brindar un adecuado manejo médico con la hoja de valoración inicial de adultos, ya que V1 acudió el 12 de febrero de 2019 a las 07:30 horas, reportándolo hipotenso con presión arterial baja y equivocadamente se señaló en el apartado de [REDACTED] [REDACTED], sin clasificar su atención médica como urgente para que fuera atendida en forma prioritaria en un tiempo máximo de 30 a 60 minutos.

100. AR3 fue omiso en realizar su nota de alta, por lo que también incumplió la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM004 SSA3 2012 en su numeral 8.9 *“Nota de egreso. Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo: 8.9.1 Fecha de ingreso/egreso; 8.9.2 Motivo del egreso; 8.9.3 Diagnósticos finales (...)”*, y se limitó a expedir receta por [REDACTED] (AB) y [REDACTED] medicamento que enmascaró aún más el cuadro de urgencia abdominal.

101. AR1 AR2 y AR3 incumplieron en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27, fracción III, 32, 33, fracción II y III, 51 y 77 bis 37, fracciones I, III y XVI, de la Ley General de Salud, que en términos generales, establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V1.

102. De lo anterior, se colige que AR1, AR2 y AR3, médicos con la calidad de personas servidoras públicas al momento de ocurrir los hechos esgrimidos que vulneraron los derechos humanos de V1, también con su conducta afectaron la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal, conforme a lo dispuesto en los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII y 49, fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

103. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como en el artículo 63 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

- a. Denuncia ante el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud Federal en contra de AR1, AR2, AR3 y quien resulte responsable con motivo de las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de V1 que derivó en la pérdida de su vida, así como respecto a la integración del expediente clínico.
- b. Denuncia de hechos ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3 y de quien resulte responsable con motivo de la deficiente atención médica brindada a V1 que derivó en la pérdida de su vida.

104. La autoridad administrativa y ministerial encargadas de las investigaciones correspondientes, deberán tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación para que, en su caso, determinen las responsabilidades de AR1, AR2, AR3 y de quien resulte en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V1.

105. Como ha quedado acreditado las violaciones a derechos humanos a V1 por parte de AR1, AR2 y AR3 por las razones antes expuestas, y una vez que se

determine la responsabilidad dentro de los procedimientos que¹ al efecto se inicien, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en sus expedientes laborales, para que quede constancia que sus responsabilidades profesionales vulneraron derechos humanos.

E. REPARACIÓN DEL DAÑO.

106. 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 una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr su efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

107. 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); 73, fracción V; 74, fracción VI; 75, fracción

IV; 88, fracciones II y XXIII; 96; 99, fracción I; 106, 110, fracción IV; 111, fracción I; 112; 126, fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016 y al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V1, y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V2, deberán ser inscritos en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

108. 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 en diversos criterios de la CrIDH, se considera 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/o, en su caso, sancionar a los responsables.

109. En el “Caso Espinoza González vs. Perú”, la CrIDH asumió que: “(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “(...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”.¹⁹

110. Sobre el “deber de prevención”, la CrIDH sostuvo que: “(...) abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...).”²⁰

¹⁹ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

²⁰ “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.



111. Esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Rehabilitación.

112. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2, la atención psicológica y tanatológica correspondiente, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta su sanación psíquica y emocional con motivo de la violación a derechos humanos cometida a V1 que derivó en la pérdida de su vida.

113. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos, en su caso, deberán ser provistos por el tiempo necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos.

ii. Satisfacción.

114. En el presente caso, la satisfacción comprende que la Secretaría de Salud colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control y el Ministerio Público Federal correspondiente, en la denuncia administrativa y en materia penal que se presentarán en contra del personal médico interviniente AR1, AR2, AR3 y quien resulte responsable, a fin de que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, e informe a esta Comisión Nacional su colaboración en las mismas.

iii. Garantías de no repetición.

115. Consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

116. Al respecto, las autoridades de la Secretaría de Salud deberán implementar un curso integral en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, a todo el personal médico del Hospital “Gea González” y del Hospital Homeopático, ambos de la Secretaría de Salud Federal, 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, así como de la elaboración, integración, uso, manejo, archivo y conservación del expediente clínico y los documentos que lo integran, como herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud, en términos de lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, el cual deberá impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en la materia. El contenido de dicho curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad.

117. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal

médico del área de Urgencias del Hospital “Gea González” y del Hospital Homeopático, ambos de la Secretaría de Salud Federal, a someterse al proceso de 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.

118. Lo anterior, de conformidad en lo previsto por 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 por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”*²¹, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

iv. Compensación.

119. La compensación, consiste 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.”*²²

²¹ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.

²² “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.



120. La Secretaría de Salud en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación para que, en el ejercicio de sus atribuciones proceda conforme a Derecho.

121. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a Usted señor Secretario de Salud Federal, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que esta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación del daño a V2, con motivo del deceso de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, así como se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral correspondiente y se les otorgue atención psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas que incluya compensación con base en las evidencias planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud en la presentación y seguimiento de la denuncia que este Organismo Nacional formulará en contra de AR1, AR2, AR3, y quien resulte

responsable, con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1 que derivaron en su fallecimiento, así como las relacionadas con la inadecuada integración del expediente clínico, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

TERCERA. Una vez que se determine la responsabilidad dentro de los procedimientos que al efecto se inicien, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en el expediente laboral de AR1, AR2 y AR3 por las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Colabore ampliamente con la Fiscalía General de la República en la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional formulará en contra de AR1, AR2, AR3 y quien resulte responsable por la inadecuada atención médica proporcionada a V1, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

QUINTA. Se diseñe e imparta en el término de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral a todo el personal médico del Hospital “*Gea González*” y del Hospital Homeopático, ambos de la Secretaría de Salud Federal, 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, así como de la elaboración, integración, uso, manejo, archivo y conservación del expediente clínico y los documentos que lo integran, como herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y

privado que integran el Sistema Nacional de Salud, en términos de lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, debiendo asegurarse que entre las personas a las que se imparta se encuentren AR1, AR2 y AR3. El contenido de dichos cursos podrá ser cursado de manera presencial y/o en línea, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Gire sus instrucciones para que en el término de un mes, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita diversa circular dirigida al personal médico del Hospital “*Gea González*” y del Hospital Homeopático, ambos de la Secretaría de Salud Federal, en la que se exhorte, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se 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.

122. 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.

123. 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. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

125. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así



como a las Legislaturas de las entidades federativas que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA