

RECOMENDACIÓN No. 107/2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA, PERSONA ADULTA MAYOR, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V1 EN EL HOSPITAL “DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 8 de diciembre de 2021

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

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente de queja **CNDH/1/2017/5689/Q**, sobre la atención médica brindada a V1, persona adulta mayor, en el Hospital Darío Fernández.

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; 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; así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable

4. La referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse de la siguiente manera:

Institución	Acrónimo
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Organización Mundial de la Salud	OMS
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional u Organismo Nacional

Institución	Acrónimo
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	Comisión Ejecutiva
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Hospital General “ <i>Dr. Darío Fernández Fierro</i> ” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Hospital Darío Fernández
Hospital Regional “ <i>Lic. Adolfo López Mateos</i> ” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Hospital Adolfo López Mateos
Guía de Práctica Clínica	GPC
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento del ISSSTE
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
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012

I. HECHOS.

5. El 7 de julio de 2017, se recibió en este Organismo Nacional, la queja presentada por V2, quien señaló presuntas violaciones a los derechos humanos de V1 atribuibles a personal del ISSSTE, consistentes en negligencia médica al haber considerado que no se realizaron los esfuerzos necesarios para detectar el

problema de raíz de su **Parentesco** cuando ingresó a urgencias el 7 de abril de ese mismo año, dándole una atención “*placebo*”¹ y superficial ocasionando que el **██████████** **██████████** que presentaba se extendiera hacia otros órganos de su cuerpo, lo que motivo el inicio del expediente **CNDH/1/2017/5689/Q**.

6. En dicha queja, V2 además refirió que, pese a que V1 presentaba **██████████** el 12 de abril de 2017 fue dada de alta por mejoría y ante la persistencia en su sintomatología, la llevó con un médico particular, realizándole placas de estómago, endoscopia y una biopsia, encontrándole un tumor del tamaño de la “*mano*”, considerando que al no haberse realizado dichos estudios en el Hospital Darío Fernández les recae negligencia médica.

7. Reiterando que cuando acudió a urgencias, esto es, el 7 de abril de 2017, sólo se le brindó atención placebo y superficial, ocasionando que el **██████████** **██████████** evolucionara a otros órganos del cuerpo de V1, poniendo en mayor riesgo su salud, complicando los esfuerzos médicos para atenderla.

8. A fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvieron copias de los expedientes clínicos de V1 del Hospital Darío Fernández, así como, del Hospital Adolfo López Mateos e informes respecto de la atención médica que le fue brindada a V1, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

¹ Sustancia que carece de actividad farmacológica, pero que puede tener un efecto terapéutico cuando el paciente que la ingiere cree que se trata de un medicamento realmente efectivo. Esta acción curativa o de mejoría resultante es lo que se denomina efecto placebo.

II. EVIDENCIAS.

9. Correo electrónico de fecha 7 de julio de 2017, a través del cual V2 (Parentesc de V1) presentó queja ante este Organismo Nacional con motivo de la atención médica brindada a V1 por personal médico adscrito al Hospital Darío Fernández.

10. Acta Circunstanciada de 9 de agosto de 2017, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica con V3 (Parentesc de V1), quien refirió que a V1 le diagnosticaron [REDACTED] de [REDACTED], realizándole sus estudios en laboratorios particulares.

11. Correo electrónico de 25 de agosto de 2017, mediante el cual la Jefatura de Servicios de Orientación y Vinculación del ISSSTE informó que V1 falleció el Fecha [REDACTED] Fecha Fecha [REDACTED]

12. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/02940-4/17 de 15 de noviembre de 2017, signado por la Jefa de Departamento de Atención a Quejas Médicas y Administrativas del ISSSTE, a través del cual remitió copia del expediente clínico, así como del oficio Z-1284/17 del 1 de noviembre de ese año, suscrito por el director del Hospital Darío Fernández, por el que remitió el informe médico de la atención otorgada a V1, de lo que se destacó lo siguiente:

12.1. Hoja de urgencias de las 20:53 horas de 7 de abril de 2017, en la que AR1 ordenó el ingreso hospitalario de V1. Omitiéndose señalar nombre completo, firma y cedula profesional.

12.2. Nota de indicaciones médicas de las 03:13 horas de 8 de abril del 2017, realizadas por AR2.

12.3. Nota de indicaciones médicas realizadas por AR4 a las 10:50 horas del 8 de abril de 2017.

12.4. Estudios de laboratorio clínico de 8 de abril de 2017 realizados a V1.

12.5. Nota de urgencias de las 12:30 horas del 8 de abril de 2017 realizada por AR5.

12.6. Nota de indicaciones médicas de las 12:45 horas del 9 de abril del 2017 realizada por AR5.

12.7. Nota de indicaciones médicas de las 11:30 horas del 10 de abril del 2017, suscritas por AR6.

12.8. Nota de evolución de las 12:19 horas del 10 de abril de 2017, realizada por AR6.

12.9. Nota de evolución de las 16:42 horas del 10 de abril de 2017, suscrita por AR7.

12.10. Nota de evolución de las 21:25 horas de 10 de abril del 2017, en la que AR8 solicitó interconsulta de V1 por Cirugía General.

12.11. Nota de valoración por Cirugía General de 10 de abril de 2017 realizada por AR9.

12.12. Nota de evolución de las 12:00 horas del 11 de abril del 2017, en la que AR6 reportó a V1 como delicada.

12.13. Estudios de laboratorio clínico realizados a V1 el 12 de abril de 2017.

12.14. Nota de egreso del Servicio de Urgencias, alta a domicilio, de las 12:00 horas del 12 de abril de 2017, suscrita por AR6.

12.15. Informe de AR6 de 26 de octubre de 2017 con motivo de la atención médica proporcionada a V1.

13. Oficio DNSC/SAD/JSCDQR/DAQMA/895-1/19 de 5 de marzo de 2019, al que por el jefe de Servicios del Departamento de Atención a Quejas Médicas y Administrativas del ISSSTE adjuntó los diversos CAD/120/023/2019 y CAD/120/039/2019, de 8 y 20 de febrero de ese año respectivamente, mediante los cuales remitió los informes médicos por la atención brindada a V1, destacándose lo siguiente:

13.1. Tomografía simple y contrastada de abdomen completo de 30 de junio de 2017, realizada a V1 en un laboratorio particular.

13.2. Tomografía simple y contrastada de tórax de 30 de junio de 2017 realizada a V1 en un laboratorio particular.

13.3. Biopsia de lesión en región pre-pilórica realizada a V1 en un laboratorio particular el 5 de julio de 2017.

13.4. Solicitud de referencia y contrarreferencia de 10 de julio de 2017 del Hospital Darío Fernández al Servicio de Oncología del Hospital Adolfo López Mateos.

13.5. Informe anatomopatológico del Hospital Adolfo López Mateos de 11 de julio de 2017.

13.6. Nota de evolución de Oncología Médica, valoración de primera vez de 2 de agosto de 2017, en la cual se diagnosticó a V1 con: adenocarcinoma poco diferenciado de estómago.

13.7. Hoja de urgencias de las 20:30 horas del 7 de agosto de 2017, en la cual se diagnosticó a V1 con: carcinoma de estómago y sangrado de tubo digestivo alto (STDA).

13.8. Nota de ingreso urgencias adultos de las 23:04 horas del 7 de agosto del 2017.

13.9. Hoja de ingreso hospitalario de V1 a las 17:36 horas del 8 de agosto de 2017 por el Servicio de Medicina Interna.

13.10. Toma de biopsia de duodeno (tumoración gástrica) de 8 de agosto de 2017 relacionada con V1.

13.11. Nota de ingreso al Servicio de Medicina Interna de las 03:55 horas del 9 de agosto de 2017.

13.12. Nota de ingreso a Cirugía Oncológica de las 20:00 horas del 12 de agosto de 2017.

13.13. Hoja de egreso hospitalario de V1 de las 11:29 horas del 16 de agosto de 2017.

13.14. Nota de alta por “*máximo beneficio*” de las 11:55 horas del 16 de agosto de 2017, con diagnóstico de: [REDACTED] en fase terminal.

13.15. Oficio 00/000/01/2019 de 8 de febrero de 2019, suscrito por el jefe de Servicio de Oncología Quirúrgica del Hospital Adolfo López Mateos, el cual contiene el resumen médico de la atención brindada a V1.

14. Acta Circunstanciada de 11 de abril de 2019, en la que se hizo constar que V3 informó que no se presentó denuncia ni queja con motivo de los hechos que nos ocupan.

15. Correo electrónico de 11 de abril de 2019, al que se adjuntó el acta de defunción de V1.

16. Opinión médica de 23 de mayo de 2019 en la que un especialista de esta Comisión Nacional concluyó: “*PRIMERA: La atención médica brindada a (V1) del 07 al 12 de abril de 2017, en el Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández ..., perteneciente al ISSSTE en la Ciudad de México fue inadecuada (...).*”.

17. Correo electrónico de 11 de junio de 2019, mediante el cual la jefa de Departamento de Atención a Quejas Médica y Administrativa del ISSSTE, informó a esta Comisión Nacional, que no encontró antecedente de queja médica relacionada con V1, ni vista por parte del Ministerio Público.

18. Oficio DNSC/SAD/JSCDQR/DAQMA/4238-1/19 de 20 de septiembre de 2019, firmado por la jefa de Servicios del Departamento de Atención a Quejas Médicas y Administrativas del ISSSTE, a través del cual se remitió el informe de la Dirección del Hospital Darío Fernández con copia de su expediente clínico, destacando lo siguiente:

18.1. Estudios de laboratorio clínico realizados a V1 el 10 de abril de 2017.

18.2. Hoja de urgencias de las 14:45 horas del 6 de julio de 2017 elaborada por AR10.

18.3. Indicaciones de las 10:20 horas del 7 de julio del 2017 con motivo de la atención médica proporcionada a V1.

18.4. Nota de valoración de V1 por Oncología de las 13:30 horas del 7 de julio del 2017 suscrita por AR11.

18.5. Indicaciones de las 15:45 horas del 7 de julio del 2017 derivadas de la atención a V1.

18.6. Solicitud de interconsulta de V1 del Servicio de Urgencias al Servicio de Endoscopia de 7 de julio de 2017 con diagnóstico de probable cáncer gástrico.

18.7. Resultado de la panendoscopia realizada a V1 el 7 de julio de 2017.

18.8. Nota de evolución de las 23:45 horas del 7 de julio del 2017 de V1.

18.9. *“Hoja de la enfermera”* de 7 de julio de 2017 con motivo de la atención

médica proporcionada a V1.

18.10. Hoja de ingreso hospitalario a Cirugía General de 8 de julio de 2017.

18.11. Historia clínica de Cirugía General del 8 de julio de 2017, en la cual se diagnosticó a V1, con tumoración gástrica (antro) Borman III-IV.

18.12. Nota de evolución de Cirugía General de las 14:00 horas del 8 de julio de 2017 suscrita por AR13.

18.13. Indicaciones de cirugía oncológica a V1 de 8 de julio de 2017, suscritas por AR11.

18.14. *“Hoja de la enfermera”* de 9 de julio de 2017 relativa a la atención médica de V1.

18.15. Indicaciones médicas de Cirugía General a V1 de las 08:00 horas del 9 de julio de 2017 realizadas por AR12.

18.16. Indicaciones médicas de cirugía oncológica a V1 de las 07:00 horas del 10 de julio de 2017 suscritas por AR11.

18.17. Nota de evolución de Cirugía General de las 10:15 horas del 9 de julio de 2017 con motivo de la atención médica que AR12 dio a V1.

18.18. Nota de egreso de Cirugía Oncológica de 10 de julio de 2017 suscrita por AR11.

18.19. *“Hoja de la enfermera”* de 10 de julio de 2017 derivada de la atención

medica otorgada a V1.

18.20. Informe anatomopatológico de 10 de julio de 2017 en torno a la biopsia de V1.

18.21. “*Hoja de la enfermera*” de 11 de julio de 2017 en el que se detalló su intervención en la atención de V1.

19. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/4561-1/19 de 10 de octubre de 2019, firmado por la jefa de Servicios del Departamento de Atención a Quejas Médicas y Administrativas del ISSSTE, quien adjuntó el diverso CAD/120/132/2019 del 30 de julio de ese año, por el cual el director del Hospital Adolfo López Mateos remitió informes a través de los oficios 00/000/40/2019 y ADM/185/2019, relativos a atención brindada a V1.

20. Acta circunstanciada de 9 de septiembre de 2020, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la recepción del correo electrónico de 8 de ese mes y año, al que el ISSSTE adjuntó el oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/03394-4/20 de 4 de ese mismo mes y año, por el cual se informó que, el Subcomité de Quejas Médicas el 9 de marzo de 2020 resolvió el procedimiento administrativo como improcedente.

21. Ampliación de opinión médica de 2 de octubre de 2020, en la que personal médico de esta Comisión Nacional concluyó: *“PRIMERA: La atención médica brindada a (V1) durante su internamiento en el Hospital Darío Fernández (...), en la Ciudad de México, perteneciente al ISSSTE, en fechas 06 al 11 de julio de 2017, fu inadecuada (...).”*

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

22. Con motivo de queja presentada por V2 ante esta Comisión Nacional, el ISSSTE turnó el expediente de V1 al Subcomité de Quejas Médicas de ese Instituto para la emisión de una Opinión Técnica, sometiéndola con posterioridad a consideración del Comité de Quejas Médicas Institucional, resolviéndola en la Cuarta Sesión Ordinaria de 9 de marzo de 2020, como improcedente.

23. Al momento de la emisión de la presente Recomendación, no obra constancia de que se hubiera iniciado alguna carpeta de investigación ante la Fiscalía General de la República con motivo de la atención brindada a V1.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

24. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2017/5689/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con 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 de la SCJN y de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y a acceso a la información en materia de salud en agravio de V1, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 adscritos al Hospital Darío Fernández, con base en las siguientes consideraciones.

A. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE PADECEN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

25. De conformidad con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, se entenderá por éstas a: *“(...) Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional”.*

26. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquel *“estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas”*.² Se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

27. La OMS considera que las enfermedades no transmisibles *“(...) constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial, ya que provocan más defunciones que todas las demás causas juntas, y afectan más a las poblaciones de ingresos bajos y medios. Si bien dichas enfermedades han alcanzado proporciones de epidemia, podrían reducirse de manera significativa combatiendo los factores de riesgo y aplicando la detección precoz y los tratamientos oportunos, con lo que se salvarían millones de vidas y se evitarían sufrimientos indecibles. El Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles es el primer informe mundial sobre el estado de estas enfermedades y los métodos para trazar el mapa de la epidemia, reducir sus principales factores de riesgo y fortalecer la atención sanitaria para aquellos que ya las padecen”*.³

² Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *“Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”*, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, párr. 8; y CNDH, Recomendación: 26/2019, párr. 24, entre otras.

³ OMS, *“Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 Resumen de orientación”*, 2011., p.10.

28. La CrIDH, ha sostenido que los Estados “(...) *tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de (...) la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud*”.⁴

29. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son aquellas que “*por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.*”⁵

30. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido que las “*enfermedades crónicas, no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. El término, enfermedades no transmisibles se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Estas condiciones incluyen [REDACTED] (...)*”,⁶ señalando la OMS de entre aquellas con mayor afectación el [REDACTED] entre otras.⁷

31. Respecto a la enfermedad de [REDACTED], la OMS además ha establecido: “(...) *que hay intervenciones costo-efectivas disponibles en las cuatro estrategias generales de prevención y control del [REDACTED]: la prevención primaria, la detección precoz, el*

⁴ CrIDH “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89.

⁵ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS), disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es

⁷ OMS, “Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”, Suiza, OMS, 2006, párr. 8.

tratamiento y los cuidados paliativos. El diagnóstico precoz basado en la sospecha ante los primeros signos y síntomas y, si se pueden costear, las revisiones a nivel poblacional aumentan la supervivencia, (...). Algunos protocolos de tratamiento para diversas formas de [REDACTED] medicamentos que se hallan disponibles en formato genérico. En muchos países de ingresos bajos y medios, el acceso a la atención, a morfina oral y a personal formado en los cuidados paliativos es limitado, de modo que la mayoría de pacientes con [REDACTED] fallecen sin ver mitigado adecuadamente su dolor. La asistencia paliativa a nivel comunitario y doméstico puede resultar eficaz y costoefectiva en estos países (...).⁸

32. Si bien clínicamente es difícil diagnosticar el [REDACTED] en sus primeras etapas, la indigestión y la molestia estomacal son síntomas de una etapa temprana; en casos avanzados, puede haber sangre en las heces, vómitos, pérdida de peso inexplicable, ictericia o dificultades para tragar. Los médicos diagnostican el [REDACTED] de [REDACTED] con un examen físico, pruebas de sangre y de imagen, una endoscopia y una biopsia. Dado que con frecuencia se diagnostica tarde, puede ser difícil de tratar. Las opciones de tratamiento incluyen cirugía, quimioterapia, radiación o una combinación de éstas.⁹

33. Esta Comisión Nacional considera que, las personas adultas mayores con enfermedades no transmisibles se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, requiriendo atención prioritaria e integral que incluya la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la recuperación de su salud, a través de la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad para el diagnóstico y la atención de su padecimiento, debiendo incluir en su caso, cuidados paliativos o

⁸ OMS. "Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 Resumen de orientación", 2011., párr.15.

⁹ "[REDACTED]". Puede consultarse en [https://medlineplus.gov/spanish/\[REDACTED\]](https://medlineplus.gov/spanish/[REDACTED])

apoyo en todos los estadios del [REDACTED] incluido el que se encuentre en etapa avanzada a fin de que vivan con el mejor bienestar posible durante semanas, meses o años.

34. Al respecto, la OMS igualmente considera que el [REDACTED] es una de las causas principales de muerte en todo el mundo, siendo casi 10 millones de fallecimientos en 2020, encontrándose entre los más comunes aquel de tipo gástrico, con 1,09 millones de casos, sugiriendo para su diagnóstico temprano conocer los síntomas y buscar asesoramiento médico cuando existan motivos de preocupación, así como acceder a servicios de diagnóstico y evaluación clínica y realizar la derivación oportuna del paciente a los servicios de tratamiento.¹⁰

B. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

35. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,¹¹ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.

36. Resulta atinente la jurisprudencia administrativa que señala: *“El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico*

¹⁰ OMS. “[REDACTED]”, disponible en [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/\[REDACTED\]](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/[REDACTED])

¹¹ CNDH. Recomendaciones: 71/2021, párr. 41; 80/2019, párr. 30; 77/2018, párr. 16; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28, entre otras.

capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).¹²

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

38. 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 (...)*”; precisando el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre 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”*.

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

¹² Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, Registro 167530, *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”*.

programas de salud elaborados por la (...) (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).¹³

40. En los artículos 10.1 e incisos a) y d), del numeral 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 el derecho a la salud de todas las personas, entendido como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, debiendo el Estado adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el *“Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”*,¹⁴ consideró que, *“(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”*.

41. De las evidencias analizadas, se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 omitieron en su respectiva valoración protocolizar a V1, persona adulta mayor, al haber desestimado sus factores de riesgo y sintomatología presentada, generando dilación en su diagnóstico de [REDACTED]; en tanto, AR10, AR11, AR12 y AR13 omitieron su manejo antihipertensivo y multidisciplinario por cuidados paliativos por lo avanzado de su enfermedad, pudiéndosele haber brindado la atención médica adecuada que requería atento a su padecimiento derivada en su calidad de garantes conferidas por los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, en concordancia con los numerales 1 y 22, del Reglamento del ISSSTE, vigentes al momento de los hechos, lo que se tradujo en la violación a su derecho humano a la protección de la salud con la consecuente pérdida de la vida, como se acreditará en adelante.

¹³ *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*. Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

¹⁴ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.

B.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1, persona adulta mayor, por inadecuada atención médica en el Hospital Darío Fernández.

❖ Atención médica de V1 del 7 al 12 de abril de 2017.

42. El 7 de abril de 2017, V1 acudió a Urgencias del Hospital Darío Fernández, informándole a AR1, personal de quien se deberá investigar datos a fin de deslindar la responsabilidad correspondiente, que contaba con 70 años al momento de los hechos y antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica de 8 años de evolución en tratamiento.

43. Reportándola AR1 a la exploración física, con acumulación de aire (sonido timpánico generalizado a la percusión), sin aumento patológico, dilatación o distensión del diámetro del colon a la palpación y dolor en colon, ordenando su hospitalización con cuidados generales de enfermería, prevención de caídas, protectores de la mucosa gástrica, esquema de insulina rápida para control de glucosa, antihipertensivo, líquidos intravenosos; solicitando además estudios de laboratorio (biometría hemática, tiempos de coagulación, tipo de sangre) y una endoscopia.

44. En opinión de un especialista de esta Comisión Nacional, AR1 omitió en la primigenia valoración de V1, lo siguiente:

44.1. Establecer su diagnóstico presuntivo, adecuada historia clínica (anamnesis), que incluyera su interrogatorio completo y dirigido, descartar diagnósticos diferenciales, exploración física completa con toma de signos vitales, recabar antecedentes quirúrgicos o personales patológicos, episodios

similares previos, ingesta de fármacos y semiología completa del dolor, tal como lo recomienda la GPC para el Triage¹⁵ Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención, al especificar que la clasificación del paciente se realiza mediante la valoración clínica preliminar y en función de su urgencia/gravedad antes de una valoración diagnóstica y terapéutica completa en el Servicio de Urgencias.

44.2. Aun cuando AR1 solicitó estudios de laboratorio como parte del protocolo de síndrome doloroso abdominal en estudio y una endoscopia, considerada el procedimiento de elección para un diagnóstico certero, soslayó la solicitud de estudios radiográficos simples de abdomen y la interconsulta con el Servicio de Cirugía General para integrar un diagnóstico e iniciar el tratamiento adecuado de V1.

44.3. Al no haberle prescrito antibiótico por la infección de vías urinarias bajas manifestada por la poliuria, pujo y disuria, incumplió la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de la Infección Aguda, No Complicada del Tracto Urinario en la Mujer, en la cual se señala que, en presencia de dos o más síntomas clásicos de infección en vías urinarias, se dará tratamiento antibiótico empírico, lo cual AR1 omitió.

45. A las 03:13 horas del 8 de abril de 2017, AR2 indicó que colocó a V1, sonda nasogástrica, continuando con protección de la mucosa gástrica, esquema de insulina rápida y líquidos intravenosos con solicitud de estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina), señalando un especialista de este Organismo Nacional, que omitió:

¹⁵ Valoración del riesgo clínico para la atención médica.

45.1. La exploración clínica de V1 con toma de signos vitales, verificar la evolución de su estado de salud, aunado a que le colocó una sonda nasogástrica sin evidencia médica escrita que justificara su necesidad como pudiera ser distensión abdominal con la cual no contaba según lo reportado por AR1 en su primera nota médica.

45.2. AR2, tampoco consideró que, en caso de dolor en epigastrio, se debe requerir un electrocardiograma para descartar probable infarto agudo al miocardio de presentación atípica, prescrito en pacientes ancianos, diabéticos o con factores de riesgo cardiovascular.

46. No pasa inadvertido, que pese a que a las 09:40 horas del 8 de abril de 2017, V1 continuaba con dolor, AR3 ordenó que continuara con el tratamiento administrado, lo que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional fue inadecuado porque no agregó antibiótico por la infección urinaria que cursaba, aunado a que tampoco evaluó el contenido del gasto de la sonda nasogástrica (teniendo más de 8 horas de su colocación), ni realizó un interrogatorio ni exploración física con toma de signos vitales para un diagnóstico presuntivo, así como tampoco solicitó estudios de imagen, de laboratorio ni la interconsulta por Cirugía General.

47. A las 10:50 horas del 8 de abril de 2017, AR4 indicó esquema de insulina rápida, antibiótico y protector de la mucosa gástrica, solicitó examen general de orina y más tarde, sin que se pudiera determinar la hora, le fue indicado un antihipertensivo cada 12 horas y cloruro de sodio en dosis única para la corrección de desequilibrio hidroelectrolítico que cursaba según los resultados de sus estudios de laboratorio de las 04:34 horas; encontrándose el antibiótico indicado desde que V1 ingresó a urgencias, además del control de su diabetes mellitus e hipertensión arterial

sistémica.

48. A las 12:30 horas del 8 de abril de 2017, AR5 reportó a V1 con signos vitales normales, abdomen blando, depresible, estreñimiento (peristalsis *“de lucha”*), diagnosticándola con oclusión intestinal, *“con mejoría tras la colocación de sonda nasogástrica con gasto biliar de 300 ml.”*, aumento de la glucosa (260 mg/dl, normal de 70 a 100mg/dl), desequilibrio hidroelectrolítico a expensas del sodio (132, normal de 135 a 145, previamente corregido por AR4), aumento de glóbulos blancos y otras células -indicativo de un proceso infeccioso agudo (leucocitos, neutrófilos, linfocitos y eosinófilos) en tratamiento con antibiótico- y disminución en glóbulos rojos (hemoglobina 12.8g/dl; normal 14 a 18mg/dl) -indicativo de proceso anémico leve-, sin embargo, omitió el seguimiento al estudio de endoscopia requerido por AR1.

49. El 9 de abril del 2017, AR5 indicó que V1 continuaría con el mismo manejo y solicitó radiografía abdominal simple de pie y nuevo examen general de orina, agregó multivitamínico y doble analgésico, lo cual en opinión de un especialista de esta Comisión Nacional fue inadecuado porque aún no habían solicitado su valoración por Cirugía General, provocando el enmascaramiento de su cuadro doloroso abdominal, incumpliendo la literatura médica especializada en Dolor Abdominal y la GPC para el Tratamiento Quirúrgico por Oclusión Intestinal por Adherencias Postquirúrgicas en el Adulto en Segundo Nivel de Atención, que destacan como manejo primordial, la valoración por Cirugía General.

50. Durante el turno matutino de 10 de abril de 2017, AR6 reportó a V1, con *“(…) abdomen blando, depresible, doloroso en marco cólico, sin masas, peristalsis (+), mc Burney (-), resto sin alteraciones (...)”*, diagnosticándola con *“pseudocclusión intestinal”*, por lo cual solicitó por primera ocasión en su cuarto día de estancia hospitalaria la interconsulta con Cirugía General más laboratorios de control

(química sanguínea, biometría hemática y electrolitos séricos), prescribiendo la continuidad de su tratamiento.

51. En la opinión médica de esta Comisión Nacional, sea sentó que la valoración de AR6 fue inadecuada por lo siguiente:

51.1. V1 continuó con doble esquema analgésico previo a su valoración por Cirugía General, aunado a que omitió la realización, o en su caso, indicar el resultado de los estudios radiológicos solicitados el 9 de abril de 2017 por AR5, con su respectiva impresión diagnóstica, cerciorarse del estado de tolerancia a la vía oral, la evolución del dolor y síntomas asociados como: náusea y vómito.

51.2. Destacando que *“No interrogó respecto a la última vez que defecó la paciente, ni su correcto seguimiento metabólico del padecimiento actual y control de sus patologías de base y no solicitó endoscopia ni tomografía abdominal para confirmar su diagnóstico.”*

52. A las 16:42 horas del mismo 10 de abril de 2017, AR7 reportó que V1 presentaba discreta mejoría, buena hidratación, despierta, cooperadora, con sonda nasogástrica (levin), *“abdomen de batracio”* (ensanchamiento de las partes laterales), dolor en el colón sin datos de irritación peritoneal, asentó que la radiografía abdominal evidenció que presentaba dilatación intestinal, es decir, datos clínicos de oclusión intestinal sin alteraciones metabólicas que causaran su sintomatología, diagnosticándola con: oclusión intestinal sin causa aparente conocida como Síndrome de Ogilvie.

53. Si bien, AR7 solicitó una nueva radiografía de abdomen, no indicó las proyecciones sugeridas por la literatura médica de Síndrome Abdominal Doloroso

en Estudio u Oclusión Intestinal, requiriendo la valoración de V1 por Cirugía General (tercera solicitud el mismo día), indicando que ajustó su manejo médico, sin que se encuentre referido en su nota, reportando a V1, delicada con pronóstico reservado a evolución.

54. A las 21:35 horas del 10 de abril de 2017, AR8 indicó que V1 continuaba con persistencia de dolor en mesogastrio, tensión arterial con tendencia a la hipertensión (150/68mmHg; normal 120/80mmHg) con glucosa elevada y ligera anemia normocítica, normocrómica según el resultado de sus estudios de laboratorio de las 11:10 horas.

55. AR8 determinó que V1 continuaría con medidas generales, ayuno, esquema de insulina, protector de la mucosa gástrica, antibiótico (sin referir que era el 4° día de antibioticoterapia), antihipertensivo por sonda nasogástrica y solicitó pinzarla posterior a su administración con otros estudios de laboratorio de control, radiografías simples de abdomen en posición de pie y acostada e interconsulta con Cirugía General, sin que se advirtiera el seguimiento al estudio de endoscopia solicitado por AR1.

56. Siendo el mismo 10 de abril de 2017, sin que se conozca la hora, cuando a V1 la valoró AR9 adscrito a Cirugía General, a quien le refirió que tenía dos semanas de evolución de su padecimiento caracterizado por dolor abdominal en epigastrio tipo cólico irradiado a cuadrantes inferiores asociado a distensión abdominal, sin náusea (a su ingreso manifestó náusea y eructo), ni vómito en ese momento y que decidió ir a urgencias cinco días atrás por exacerbación de su sintomatología, agregó que no había evacuado hasta el día anterior, esto es, 9 de abril de 2017, pero que sí canalizaba gases y que sintió mejoría con la sonda nasogástrica a derivación (AR6 ya había indicado su retiro), reportándola AR9:

56.1. A la exploración física, consciente, orientada, cooperadora, en buen estado de hidratación, cardiopulmonar sin compromiso agudo aparente, abdomen semigloboso a expensas de panículo adiposo con peristalsis persistente disminuida en intensidad y frecuencia, sin presencia de ruidos “*de lucha*” ni metálicos que indicaran oclusión, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en colón, sin datos de irritación peritoneal (datos indicativos de tratamiento quirúrgico inmediato), con glucosa elevada, anemia normocítica y normocrómica.

56.2. Indicó que su radiografía simple de abdomen describió colon distendido (abdomen como hinchado) y espástico (músculos tensos y rígidos), lo cual mejoró en la segunda radiografía realizada después de la colocación de la sonda nasogástrica, sin que presentara niveles hidroaéreos y aire en ámpula rectal, esto es, “*SIN oclusión intestinal completa*”, en consecuencia, descartó que presentara alguna patología quirúrgica u oclusión intestinal que ameritara manejo intrahospitalario debido a que su cuadro clínico correspondía a: “*síndrome de colon irritable*”, sugiriéndole medidas higiénico dietéticas y actividad física, debiendo continuar a cargo del Servicio de Urgencias.

57. En opinión de un especialista de esta Comisión Nacional, en la valoración realizada por AR9 el 10 de abril de 2017, no consideró:

57.1. Realizar la adecuada semiología del dolor, investigar factores de riesgo para neoplasia abdominal máxime que se trataba de una paciente adulta mayor con dolor abdominal insidioso y persistente pese al analgésico y protectores de la mucosa gástrica, con anemia, náuseas, aumento de peristalsis, percusión

timpánica generalizada, distensión abdominal y dispepsia,¹⁶ como era lo obligado.

57.2. Debió protocolizarla para descartar neoplasia abdominal, interrogar otros factores de riesgo como antecedentes familiares neoplásicos, ingesta de sal, de alimentos ahumados, saciedad temprana, vómitos persistentes, sangrado, sensación de llenarse rápidamente con poca comida, episodios similares previos, hernias, ingesta de alcohol y pérdida de peso evidente en los últimos 6 meses.

57.3. Tampoco investigó ni le realizó otros estudios para detección de infección con helicobacter pylori y/o gastritis atrófica severa como pudo haber sido una endoscopia alta indicada desde que ingresó a urgencias por AR1, estudios contemplados tanto en la literatura médica especializada en Dolor Abdominal en Urgencias como en la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento del Adenocarcinoma Gástrico en Pacientes Adultos.

58. Con base en lo anterior, se advirtió que a las 12:00 horas del 11 de abril de 2017, AR6 diagnosticó a V1, con oclusión intestinal y *“evolución favorable”*, pese a que continuaba con *“mínimo dolor cólico, después de 2 días sin él”*; encontrándola a la exploración clínica con signos vitales normales, sonda nasogástrica sin gasto, sin compromiso neurológico ni cardiopulmonar, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, sin dolor a la palpación, peristaltismo presente, sin visceromegalias (órganos crecidos o masas), ni edema, por lo cual la reportó delicada con mal pronóstico funcional y reservado para la vida con glucosa elevada, así como anemia normocítica, normocrómica, indicándole ante la mejoría parcial del dolor abdominal, dieta líquida.

¹⁶ La dispepsia o digestión difícil versa en un dolor en la parte alta del vientre manifestada principalmente después de comer.

59. El 12 de abril de 2017, después de que a V1 la valoró Cirugía General, AR6 ordenó su alta por *“mejoría”* con diagnóstico de: *“Oclusión intestinal resuelta con medidas conservadoras”*, reportándola con signos vitales estables, asintomática, sin dolor, náuseas ni vómito, consciente, orientada, adecuada coloración e hidratación en campos pulmonares, sin estertores ni sibilancias, abdomen depresible sin dolor a la palpación, sin datos de irritación peritoneal y extremidades íntegras y simétricas, y ordenó su envío a domicilio por *“mejoría”* con laxantes suaves para el estreñimiento, dieta alta en fibra, control y seguimiento en su Unidad Médica Familiar, precisándole que podía acudir a urgencias de ser necesario.

60. Sin embargo, los resultados de sus estudios de laboratorio de las 10:53 horas de esa misma fecha, evidenciaron que V1 tenía la glucosa elevada, desequilibrio hidroelectrolítico, persistía con anemia en aumento desde su ingreso, considerando especialistas en medicina forense de esta Comisión Nacional, que su determinación fue inadecuada atento a lo siguiente:

60.1. Omitió la historia clínica completa de V1 durante sus 6 días de estancia en urgencias, sin protocolizar adecuadamente el síndrome abdominal doloroso, lo cual era obligado para descartar que tuviera neoplasia gastrointestinal (esófago, estómago, intestino, colon, páncreas e hígado), así como tampoco realizó la endoscopia indicada por AR1, estudio diagnóstico que le hubiera permitido detectar su patología oportunamente acorde a lo establecido en la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento del Adenocarcinoma Gástrico en Pacientes Adultos.

60.2. La decisión de egresar a V1, con anemia persistente y evolutiva a la baja fue inadecuada ya que debió investigar la posibilidad de sangrado por la pérdida de hemoglobina demostrada en la siguiente tabla:

Abril	8	10	12
Hemoglobina	12.8 miligramos sobre decilitro	12.4 miligramos sobre decilitro	11.0 miligramos sobre decilitro
Hematocrito	38.8 por ciento	37.4 por ciento	32.8 por ciento
Eritrocitos	4.29 por 10 a la sexta potencia microlitros sobre litro	4.09 por 10 a la sexta potencia microlitros sobre litro	3.67 por 10 a la sexta potencia microlitros sobre litro

60.3. Advirtiéndose el descenso patológico de dichos componentes de la sangre, característico de una neoplasia en evolución, sin que AR6 realizara la investigación minuciosa según lo establecido en la precitada GPC para el Diagnóstico y Tratamiento del Adenocarcinoma Gástrico en Pacientes Adultos, que sugiere para el diagnóstico de [REDACTED] de [REDACTED]:

60.3.1. Una buena interrogación que considere como factores de riesgo, que la persona sea mayor a [REDACTED] años, su ingesta de sal, alimentos ahumados, infección con helicobacter pylori, gastritis atrófica severa, considerar que puede encontrarse en etapas tempranas asintomático y en avanzadas manifestada por saciedad temprana, náusea, vómitos persistentes, sangrado, anemia y dispepsia complicada a pesar de tratamiento médico y quirúrgico.

60.3.2. Siendo el procedimiento de elección para el diagnóstico en pacientes con sospecha de [REDACTED], la endoscopia flexible gastrointestinal alta con toma de biopsia, máxime si se presenta algunos de los siguientes síntomas de alarma: pérdida de peso, anorexia, dificultad al tragar líquidos y/o alimentos (disfagia), vómito recurrente y sangrado digestivo, los cuales son parte esencial del interrogatorio inicial en

cualquier dolor abdominal junto con solicitud de paraclínicos (citometría hemática completa, química sanguínea, tiempos de coagulación, pruebas de función hepática, TAC torácica para valorar metástasis, TAC abdominal, TAC o USG de pelvis en las mujeres y prueba de detección de H. pylori).

61. Por lo expuesto, AR6 no debió egresar a V1 con desequilibrio hidroelectrolítico, más aún cuando se trataba de una persona mayor con diabetes mellitus descontrolada, patología que condiciona alteraciones metabólicas como desequilibrio hidroelectrolítico de rápido deterioro con complicaciones y consecuencias graves (desequilibrio del pH, es decir, acidez de la sangre) de no corregirse.

62. Las omisiones en el manejo médico de V1 por personal del Hospital Darío Fernández ocasionaron el paulatino detrimento en su estado de salud y ante la persistencia de su sintomatología, acudió con un médico particular quien ordenó diversos estudios, destacándose lo siguiente:

62.1. La presencia de estómago retencionista probablemente secundario a engrosamiento de su pared a nivel astral de aspecto maligno, actividad ganglionar retroperitoneal de aspecto infiltrativo, granuloma calcificado hepático y nódulo hepato de origen a determinar confirmada con la tomografía simple y contrastada de abdomen completo de 30 de junio de 2017.

62.2. Inflamación (cisuritis) de origen a determinar y cambios desgaste de los tejidos protectores en los extremos de los huesos (osteoartosis) según lo diagnostica en la tomografía simple y contrastada de tórax de 30 de junio de 2017.

62.3. La biopsia de lesión en región prepilórica del 5 de julio de 2017 indicó que V1 presentaba, adenocarcinoma gástrico invasor poco diferenciado y gastritis crónica.

63. Tales resultados confirmaron que V1 padecía [REDACTED] el cual no fue diagnosticado oportunamente desde que acudió por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández, esto es, el 7 de abril de 2017, cuando AR1 solicitó una endoscopia, sin que AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 ni AR9 le dieran seguimiento, estudio idóneo para detectar [REDACTED], sin soslayar que cuando AR6 ordenó su alta por *“mejoría”* con diagnóstico de: *“Oclusión intestinal resuelta con medidas conservadoras”*, no consideró que tenía la glucosa elevada, desequilibrio hidroelectrolítico y anemia en aumento desde su ingreso, aunado al descenso patológico de los componentes de la sangre, dato que en opinión de un especialista de esta Comisión Nacional, es característico de neoplasia en evolución, ameritando la sintomatología de V1, una investigación minuciosa apegada a la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento del Adenocarcinoma Gástrico en Pacientes Adultos, lo que le hubiera permitido un diagnóstico temprano con oportuna atención médica, estudios clínicos de diagnóstico y acceso al tratamiento, lo que al no haber sucedido les genera responsabilidad.

❖ **Atención proporcionada a V1 del 6 al 11 de julio de 2017.**

64. A las 12:04 horas del 6 de julio de 2017, V1 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández, refiriéndole a AR10 que padecía oclusión intestinal desde *“abril pasado tx conservador”*, presentando dolor abdominal desde dos semanas atrás, iniciando el 5 de ese mes y año con evacuaciones diarreicas tipo melénicas y vómito de contenido negro en dos ocasiones, dolor abdominal en

epigastrio tipo cólico irradiado e intenso y pérdida de 15 kg. en 4 meses.

65. AR10 la reportó en malas condiciones generales, mucosa oral mal hidratada, ruidos cardiacos con taquicardia, abdomen distendido, blando, depresible doloroso a la palpación sobre todo en el epigastrio, palpando una [REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED] y [REDACTED] y basada en la tomografía del 30 de julio de 2017, diagnosticó que presentaba [REDACTED] Sintomatología Sintomatología Sintomatología Sintomatología

Sintomatología Sintomatología Sintomatología Sintomatología Sintomatología Sintomatología Sintomatología Sintomatología Sintomatología Sintomatología

[REDACTED] Sintomatología solicitud de exámenes de laboratorio, radiografía de tórax y abdomen, debiendo ser valorada por Oncología.

66. A las 13:30 horas del mismo 7 de julio del 2017, AR11 adscrito a Oncología destacó los antecedentes de V1, a la exploración física palpó resistencia muscular voluntaria en [REDACTED] (región superior del abdomen voluntariamente dura, no relacionada con abdomen agudo), dolor a la palpación profunda, depresible en resto de abdomen, anemia moderada, pruebas de función hepática con alteraciones y elevación de células blancas, lo que en opinión del especialista de esta Comisión Nacional, sugería un estado de respuesta inflamatoria sistémica, por lo cual la diagnosticó con [REDACTED] sugiriendo de corroborarse su malignidad por el tamaño y probable extensión tumoral fuera del estómago, su envío al tercer nivel para que Oncología Médica valorara quimioterapia paliativa, ordenando repetir endoscopia el 10 de julio de 2017, así como explicó a sus familiares el diagnóstico y plan a seguir.

67. Confirmándose en esa misma fecha, que V1 presentaba "[REDACTED]trica [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] V", esto es, neoplasia y [REDACTED] de [REDACTED] [REDACTED], determinando el 10 de julio de 2017, que la biopsia tomada fue positiva para

adenocarcinoma gástrico infiltrante moderadamente diferenciado, esto es, neoplasia maligna con metástasis a distancia, lo cual en opinión de un especialista de esta Comisión Nacional, ensombrecía su pronóstico ante la imposibilidad de tratamiento quirúrgico correctivo, ameritando sólo cuidados paliativos, por lo cual se ordenó su egreso.

68. En la ampliación de la opinión médica de este Organismo Nacional, se destacó que en la valoración realizada por AR10, AR11, AR12 y AR13 se advirtió que:

68.1. AR10 desestimó que las evacuaciones diarreicas tipo melénicas y el vómito de contenido negro que V1 presentó se relacionan con “**[REDACTED]** de **[REDACTED]**”, indicando la GPC para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Aguda del Tubo Digestivo No Variceal en los Tres Niveles de Atención, que en pacientes con hemorragia gastrointestinal superior debe considerarse la edad, signos vitales y comorbilidades para la urgencia de realizar una endoscopia, correspondiendo el 0, a un riesgo bajo y 7 a uno alto, soslayando AR10, que V1 tenía puntaje de 6, debiendo solicitar la endoscopia durante las primeras 24 horas de que presentó el sangrado.

68.2. Aun cuando el 7 de julio de 2017, AR11 cuando señaló que solicitaría el envío de V1 a un hospital de tercer nivel para manejo paliativo multidisciplinario, coincidiendo con AR13, no se advirtió el seguimiento correspondiente.

68.3. En la hoja de la enfermera se reportó que a las 8:00, 14:00, 15:00, 18:00, 22:00 y las 6:00 horas del 9 y 10 de julio de 2017, V1 presentó tensión arterial elevada, sin que AR10, AR11, AR12 ni AR13 le dieran manejo antihipertensivo a sabiendas que padecía hipertensión arterial descontrolada, incumpliendo con la GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el

Adulto Mayor y Situaciones Especiales y la NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

68.4. El 8 y 9 de julio de 2017, pese a que V1 presentó alteraciones metabólicas hepáticas, AR12 ni AR13 corrigieron la deshidratación ni solicitaron estudios de laboratorio, soslayando además el tinte icterico para valorar su función hepática para un tratamiento específico y manejo multidisciplinario.

68.5. Se considera que AR11 ordenó el egreso prematuro de V1 el 10 de julio de 2017, con tratamiento inadecuado para cáncer gástrico, aunado a que ningún médicos le brindó cuidados paliativos pese a su dolor [REDACTED] abdominal secundario a cáncer gástrico grado IV, incumpliendo con la GPC para los Cuidados Paliativos y la NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la Atención de Enfermos en Situación Terminal a través de Cuidados Paliativos, que precisa una atención óptima, conjunta y multidisciplinaria que no se le brindó, generando dilación en su tratamiento paliativo pues aun cuando su estado de salud no era curativo, tenía derecho de recibirlo, sin que aconteciera.

68.6. Se advirtió que del 11 hasta el 30 de julio de 2017, no obra evidencia médica sobre su condición de salud ni manejo médico, reportándola el 31 de ese mismo mes y año, AR11 con hipertensión arterial, en espera de [REDACTED] sin que se confirmara que la hubiera recibido.

69. Debido a que el 2 de julio de 2017, presentó hemorragia digestiva alta, acudió al Hospital Darío Fernández siendo estabilizada, sin estudios de extensión, presentando un segundo episodio de [REDACTED] alta el 7 de agosto del 2017, por lo cual acudió al Hospital Adolfo López Mateos como se analiza

enseguida.

❖ Atención proporcionada a V1 del 7 al 16 de agosto de 2017 en el Hospital Adolfo López Mateos.

70. En opinión del personal especializado de esta Comisión Nacional, el manejo médico proporcionado a V1 en el Hospital Adolfo López Mateos fue adecuado y multidisciplinario, al haberse comprobado el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico; no obstante, se detallarán aspectos de su seguimiento clínico para mejor comprensión de la evolución de su enfermedad que no fue diagnosticada oportunamente por personal adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández.

71. Cuando V1 acudió al Hospital Adolfo López Mateos, esto es, a las 23:04 horas del 7 de agosto de 2017, arrobó con dolor intenso en región [REDACTED] con [REDACTED] en [REDACTED] ocasiones de moderada cantidad, frecuencia cardíaca aumentada, abdomen blando depresible y doloroso a la palpación, por lo cual se realizaron estudios complementarios de laboratorio y se ordenó una endoscopia de tubo digestivo alto.

72. En Medicina Interna el 8 de agosto de 2017, se le diagnosticó con: [REDACTED] [REDACTED] alto, [REDACTED] poco diferenciado, [REDACTED] leve [REDACTED], [REDACTED] y [REDACTED], comprobando su [REDACTED] [REDACTED], la presencia de [REDACTED] [REDACTED], [REDACTED] de antro ([REDACTED] sin [REDACTED], es decir, [REDACTED] [REDACTED] con cambios celulares y estructurales en [REDACTED] y [REDACTED] de muy mal pronóstico.

73. Deteriorándose paulatinamente su estado de salud, sin que sus familiares permitieran que se le realizara la laparotomía exploradora y yeyunostomía programada para el 16 de agosto del 2017, a sabiendas de su alto riesgo, ordenándose el *“alta a su domicilio por máximo beneficio”* a las 11:55 horas, sin embargo, a las **HoraHora** lamentablemente falleció por **[REDACTED]**, **[REDACTED]** y **[REDACTED]**.

74. En la opinión médica de esta Comisión Nacional se determinó que la atención médica brindada a V1 en Urgencias del Hospital Darío Fernández en abril de 2017, fue inadecuada al haber desestimado su sintomatología, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, omitiendo ampliar el escrutinio por laboratorio y gabinete, realizar la endoscopia solicitada por AR1 desde su ingreso, al ser el estándar de oro en el diagnóstico de neoplasias malignas, máxime que el adenocarcinoma gástrico es un cáncer agresivo de lenta progresión para la formación del tumor y diseminación a hígado, pulmón y retroperitoneo, así como asintomático y silencioso hasta sus últimos estadios, por tanto, lo obligado era protocolizarlo, diagnosticarlo y estadificarlo para su mejor pronóstico con tratamiento idóneo, o en su caso, brindarle cuidados paliativos, sin que ello sucediera como se acreditó.

75. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 adscritos al Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández vulneraron el derecho humano a la salud de V1, que trascendió a la pérdida de su vida con base en lo siguiente.

C. DERECHO A LA VIDA.

76. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos nacionales como internacionales, por tanto, corresponde al Estado a través de sus

instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

77. 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 y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).”*¹⁷

78. Dicho derecho humano también se encuentra reconocido 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 y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

79. La CrIDH ha establecido que: *“(...) 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,*

¹⁷ 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 163169.

el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...),¹⁸ asimismo, “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...).”¹⁹

80. Este Organismo Nacional ha referido 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 médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”²⁰*

81. El derecho a la vida y a la protección de la salud, tienen la profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana;²¹ por tanto, en el caso particular, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1, por personal médico adscrito al Hospital Darío Fernández constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida.

C.1. Violación al derecho humano a la vida.

82. Como se comprobó, la atención médica brindada a V1 del 7 al 12 de abril de 2017 en el Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández fue inadecuada al

¹⁸ “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, p.144.

¹⁹ “Caso Familia Barrios vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, p. 48.

²⁰ CNDH. Recomendación: 75/2017, p. 61.

²¹ “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, párr. 117.

no habérsele realizado un adecuado interrogatorio acorde a su primigenia sintomatología, aunado a que AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 omitieron la realización de la endoscopia solicitada por AR1 desde que ingresó a urgencias, esto es, el 7 de abril de 2017, a sabiendas de que dicho estudio es el procedimiento de elección para un diagnóstico certero en el [REDACTED] lo que al no haber acontecido, ocasionó dilación en el diagnóstico y tratamiento de V1, persona adulta mayor, quien además padecía diabetes mellitus e hipertensión.

83. Se acreditó que AR6 determinó el egreso de V1 prematuramente sin diagnóstico de certeza ni tratamiento idóneo, con alteraciones metabólicas y sanguíneas, dato característico de la neoplasia en evolución, que ameritaba desde ese momento una investigación minuciosa, lo cual no aconteció.

84. En la opinión médica se estableció que el adenocarcinoma es un padecimiento grave de elevada mortalidad, el cual se documentó en medio extrainstitucional, el cual pasó inadvertido por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, adscritos al Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández del 7 al 12 de abril de 2017, al no haberle realizado una adecuada revisión ni la endoscopia solicitada por AR1, como se comprobó.

85. Cabe señalar que, para cuando AR10, AR11, AR12 y AR13 valoraron a V1 a partir del 6 de julio de 2017 en el mismo nosocomio, su padecimiento ya era considerado de elevada mortalidad, omitiendo agotar los medios para reducir su dolor oncológico y la sintomatología propia de la historia natural del [REDACTED], sin que ello incidiera directamente en la pérdida de la vida.

86. Las omisiones en el manejo médico primigenio de V1 ocasionaron que su condición agravara paulatinamente, sin que desapareciera su sintomatología,

viéndose en la necesidad de acudir con un médico particular quien le ordenó diversos estudios que confirmaron su diagnóstico, ingresando el 7 de agosto de 2017 a Urgencias del Hospital Adolfo López Mateos con sangrado de tubo digestivo alto e intolerancia a la vía oral, brindándole manejo multidisciplinario, solicitando los familiares su alta por máximo beneficio el 16 de ese mismo mes y año, perdiendo lamentablemente la vida, a las **Hora** horas de esa fecha en su domicilio, por infarto agudo al miocardio, anemia aguda y adenocarcinoma gástrico según los datos asentados en su Acta de Defunción.

87. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 adscritos al Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández vulneraron el adecuado cumplimiento de sus funciones médicas al haber omitido la apropiada prestación del servicio que estaban obligados a proporcionar, ya que debieron identificar y valorar oportunamente los síntomas de V1 para determinar un diagnóstico que permitiera conocer el tipo de **██████** que padecía, y en su caso, brindarle un tratamiento idóneo que incluyera, cuidados paliativos, debiendo apegarse a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica para no incurrir en acciones o conductas omisas como aconteció, contribuyendo en la una inadecuada atención médica que derivó en su lamentable pérdida de la vida, afirmándose que dichas personas servidoras públicas incumplieron con su deber de garantizar calidad y oportunidad en la atención médica brindada.

88. Igualmente incumplieron con los artículos 48 y 138 Bis, del Reglamento de la LGS, de los que deriva su responsabilidad porque los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, lo que no sucedió, transgrediendo además los puntos 2 y 3, del Código de Conducta para el personal

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.

de Salud 2002,²² que prevén la obligación del personal médico para aplicar el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente, apegándose a 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.

89. Así como, la fracción III, del artículo 27, de la LGS, que precisa que la atención médica integral incluye la atención de urgencias, como un derecho de los beneficiarios de conformidad con la fracción XII del ordinal 77 bis 37 de la referida ley, en concordancia con el diverso 72 del Reglamento de la LGS, que al respecto señala que se entiende por urgencia: *“(...) todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata”*, correlacionado con la fracción LII, del artículo 3, del Reglamento del ISSSTE, que define la urgencia en similares términos.

90. Al no haberle proporcionado a V1, la atención médica que requería con los estudios idóneos para su diagnóstico y tratamiento, las personas servidoras públicas adscritas al Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández además incumplieron el punto 4.1.1, de la NOM-027-SSA3-2013, que define como urgencia a: *“(...) todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata”*, así como con su parte introductoria en la que se especifica que para que la atención médica de urgencias se proporcione con calidad y seguridad, se requiere que los establecimientos para la atención médica cuenten con recursos humanos y materiales suficientes e idóneos, así como dispongan de criterios claros y homogéneos que les permitan,

²² Emitido en el mes de octubre con la participación de la Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y la Dirección de Vinculación con Gobierno y Sociedad de la SECODAM.

atenuar, detener e incluso revertir la gravedad del paciente en una condición de urgencia médica o quirúrgica para brindarles atención médica inmediata, segura y con calidad para enfrentar su estado de urgencia.

91. V1, tenía derecho a una atención integral para obtener un diagnóstico y tratamiento certero, contrario a ello, las acciones y omisiones de los médicos señalados contribuyeron a su deficiente proceso inicial, sin que le garantizaran la atención médica que requería ante los hallazgos observados, los cuales ameritaban estudios complementarios que no consideraron para limitar la progresión de su enfermedad e impedir que se pusiera en riesgo su vida como aconteció, lo que pudo haberse evitado si desde un inicio se le hubiera realizado un interrogatorio adecuado para conocer la etiología del dolor, así como la endoscopia solicitada por AR1 a su ingreso a urgencias, lo que al no haber acontecido, les genera responsabilidad por haber vulnerado su derecho humano a la protección a la salud con la consecuente pérdida de la vida.

92. Se afirma que, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9 vulneraron el derecho a la protección de la salud de V1 que trascendió hasta la pérdida de la vida, por lo cual incumplieron los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º fracción II, 23, 27, fracción es III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la LGS, el contenido de las GPC y literatura médica especializada señaladas.

D. DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.

93. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud y a la vida de V1, se afectó el derecho a su trato digno en razón de su situación de

vulnerabilidad por contar con 70 años de edad y al momento de su fallecimiento con 71, antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión, lo que la hacía merecedora de una mejor atención, omitiendo brindarle un manejo integral y oportuno atendiendo a la especial protección de que goza dicho sector de la población en esa etapa de la vida considerada por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia.

94. El artículo 1º, párrafo quinto, constitucional prohíbe cualquier acto “(...) *que atente contra la dignidad humana (...)*”, refiriéndose los artículos 11.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos y 1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en términos generales, al derecho al trato digno, debiéndose promover, proteger y asegurar los derechos humanos y libertades.

95. En el párrafo 93, de la Recomendación 8/2020 de esta Comisión Nacional estableció que el derecho de las personas adultas mayores “(...) *implica, correlativamente, una obligación por (...) las autoridades del Estado, por un lado, garantizarlo y por el otro, protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho (...).*”

96. En tratándose de personas adultas mayores debe considerarse su derecho al trato digno, entendido como la prerrogativa para que hagan efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato acordes con las expectativas en un mínimo de bienestar aceptadas generalmente y reconocidas en el orden jurídico, constituyendo el trato preferencial, una acción positiva, por la cual el Estado reconoce la necesidad de protegerlos de forma especial ya por su condición de edad resultan víctimas potenciales de violaciones a derechos humanos.

97. En ese sentido, se han pronunciado la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena en 1982 de la que derivó el Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento; la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en 1993 (de la que emanó la Declaración citada); la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid en 2002; el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento en 2003; la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2003; la Declaración de Brasilia en 2007; el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre las personas mayores en 2009; la Declaración de compromiso de Puerto España en 2009 y la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe en 2012.

D.1. Violación a los derechos de V1 en su calidad de persona adulta mayor.

98. En la transgresión de los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1, también se afectó su derecho a un trato preferencial y digno por la negligencia derivada de las acciones y omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, ya que de habersele diagnosticado el cuadro de [REDACTED] que presentaba tempranamente se le hubiera establecido un tratamiento idóneo para mejorar su pronóstico de sobrevida, sin que tampoco consideraran sus comorbilidades de base, esto es, que padecía diabetes mellitus e hipertensión.

99. De habersele realizado la endoscopia en tiempo y forma, al igual que un adecuado interrogatorio y seguimiento a su sintomatología con valoración por Cirugía General desde el 7 de abril de 2017, esto es, cuando a su ingreso a urgencias, se le hubiera podido detectar el [REDACTED] en una fase primaria y establecerle un tratamiento adecuado, contrario a ello, fue dada de alta con anemia en aumento, desequilibrio hidroeléctrico y glucosa elevada, lo que les genera responsabilidad con independencia de que con posterioridad V1 hubiere acudido a

un medio privado, considerado su derecho a recibir una segunda opinión.

100. Por su parte, AR10, AR11, AR12 y AR13 igualmente incurrieron en irregularidades en la atención médica proporcionada a V1, del 6 al 11 de julio de 2017, al no haberle prescrito medicamento para la hipertensión y sobre todo cuidados paliativos acorde a la fase del [REDACTED] que presentaba, soslayando que V1 cursaba una particular situación de vulnerabilidad con morbilidades agregadas, haciéndola merecedora de mayor protección, la cual no se le brindó.

101. En consecuencia, dichas personas servidoras públicas vulneraron el derecho humano a la salud de V1, persona adulta mayor, al no haber considerado las condiciones mínimas que le garantizaran los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad que requería y que de acuerdo a la OMS implicaría: *“una atención sanitaria de alta calidad que identifique las necesidades de salud de las personas de una forma total y precisa con recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”*,²³ para garantizar su seguridad como componente de la calidad en la atención médica, evitando resultados adversos derivados de los procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció.

102. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 evidenciaron falta de orientación especializada para garantizar calidad en la atención de la persona adulta mayor, omitiendo AR10, AR11, AR12 y AR13 considerar para el momento en que atendieron a V1, que el [REDACTED] estaba muy avanzado, ameritando cuidados paliativos, considerados un verdadero sistema de apoyo y soporte para la paciente y su familia, ayudándoles a vivir los

²³ Secretaría de Salud. “Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”, 2013, p. 26.

últimos momentos de la forma más digna y cómoda posible, respetando en todo momento sus derechos fundamentales, lo cual se omitió.

103. Por otra parte, y a fin de garantizar la adecuada atención médica de los pacientes se debe considerar los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la ONU,²⁴ integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona, obligando a las autoridades a colaborar en su implementación, seguimiento y examen, debiendo considerarse en el presente asunto, la realización del Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, concretamente la meta 3.8, cuya misión versa en *“(…) Lograr la cobertura sanitaria universal, (…) incluid[o] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (…)”*; correspondiendo al Estado generar las acciones necesarias para alcanzarlo para que se garantice una vida saludable y se promueva el bienestar para todos a cualquier edad mediante el reforzamiento de los servicios hospitalarios para que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a los pacientes de manera adecuada y con base en los protocolos existentes para cada padecimiento en tiempo y forma.

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

104. El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho al libre acceso a información, determinando que el Estado es el encargado de garantizarlo.

²⁴ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*.

105. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*²⁵

106. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017,²⁶ esta Comisión Nacional consideró que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”*; señalando en el *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*, la CrIDH 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”*.²⁷

107. La NOM-004-SSA3-2012 establece que éste *“(...) es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las (...) intervenciones del personal (...) de la salud, (...) el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).”*²⁸

²⁵ Observación General 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, 11 de mayo de 2000, párr. 12, inciso b), fracción IV.

²⁶ CNDH. *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, 31 de enero de 2017.

²⁷ CrIDH. *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párr. 68.

²⁸ Introducción, párr. dos.

108. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

109. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre su estado de salud.²⁹

110. Del análisis realizado al expediente clínico de V1, personal médico de esta Comisión Nacional destacó la inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, cuya relevancia radica en la dificultad para la investigación en caso de presuntas violaciones a derechos humanos, asentándose a continuación las irregularidades administrativas advertidas en su integración.

²⁹ CNDH, párr. 34.

E.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

111. De las evidencias con que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que la hoja de urgencias realizada por quien se identificó como AR1, se encontró incompleta y sin datos para identificarlo; por su parte, en las suscritas por AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 omitieron asentar nombre completo, cédula profesional y firma; por lo cual incumplieron el punto 5.10, de la NOM-004-SSA3-2012, que establece: *“Todas las notas (...) deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, (...) la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables (...)”*, así como el diverso 5.11, en el cual se ordena: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)”*.

112. AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 omitieron solicitar la valoración de V1 por el Servicio de Cirugía General como les era obligado para mejor oportuno, siendo después de que AR6 y AR67 la solicitaron, cuando AR9 el 10 de julio de 2017 la revisó, por tanto, infringieron el punto 6.3, de NOM-004-SSA3-2012, relativa a la nota de interconsulta en la que se indica: *“La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico”*, lo que no sucedió.

113. AR1, AR2, AR3, AR5, AR6 y AR8, igualmente omitieron la adecuada exploración clínica de V1 con toma de signos vitales y verificación de su estado de salud, incumpliendo con la precitada NOM-004-SSA3-2012, cuyos numerales 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5, 7.1.6 y 7.1.7 hacen referencia al contenido de las notas médicas en urgencias.

114. AR11 y AR13 omitieron dejar evidencia médica escrita de la referencia a Oncología Médica de forma urgente para la valoración de V1 con tratamiento óptimo paliativo secundario al avanzado proceso de su patología oncológica, con lo cual incumplieron con los puntos 6.3 y 6.4, de la NOM-004-SSA3-2012, en los que se indican los requisitos de toda nota de interconsulta y la de referencia o traslado.

115. Cabe señalar que a pesar de que V1 refirió que acudió el 2 de julio de 2017, al Hospital Darío Fernández donde fue estabilizada con motivo de la hemorragia digestiva alta que presentó, no se advirtió constancia médica de dicho ingreso, situación que se deberá investigar para deslindar la responsabilidad administrativa que corresponda.

116. Las omisiones en que incurrieron las personas servidoras públicas ya referidas en la atención médica de V1 impidieron que se determinara la etiología de su padecimiento desde que ingresó a urgencias el 7 de abril de 2017, de ahí que la historia clínica era fundamental para allegarse de un diagnóstico correcto, lo cual no aconteció, en ese sentido, el Poder Judicial de la Federación, ha sostenido la importancia de la historia clínica del paciente, en términos de la siguiente tesis en materia civil:

*“MALA PRÁCTICA MÉDICA. AUSENCIA O DEFICIENCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA. La historia clínica constituye el relato patográfico o biografía patológica del paciente, esto es, la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que ostenta un valor fundamental, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también a la hora de juzgar la actuación de un profesional sanitario. **Así, la ausencia o deficiencia de la historia clínica, genera una presunción en contra de los***

*médicos que trataron al paciente, respecto a la existencia de una posible mala práctica médica, pues tal ausencia o deficiencia no puede sino perjudicar a quienes tienen el deber de confeccionarla y asentar en ella todos los pormenores necesarios según la ciencia médica y no al paciente, en atención a que son precisamente los médicos quienes se encuentran obligados a documentar detalladamente el curso del acto médico. De lo anterior se colige que el hecho de documentar un historial clínico de **forma incompleta o deficiente por parte del personal médico constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina**".³⁰*

(Énfasis añadido).

117. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituye una constante preocupación, ya que representa un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos y su historial clínico detallado para un tratamiento idóneo, o en su caso, para deslindar responsabilidades, vulnerándose su derecho y de sus familiares a que se conozca la verdad, reiterando este Organismo Nacional, la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal en el manejo adecuado del expediente clínico acorde a la precitada Norma Oficial Mexicana, siendo dichas Instituciones responsables solidarias de su cumplimiento respecto de su atención médica en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

³⁰ Registro 2002569. Semanario Judicial de la Federación, Libro XVI, enero de 2013, Tomo 1.

118. No se soslaya que el 8 de septiembre de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la 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 es de observancia obligatoria, haciéndose indispensable que el ISSSTE considere su subsecuente aplicabilidad.

119. En el caso particular, se confirmó con la opinión en medicina de este Organismo Nacional, que existió inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012 por de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13.

F. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS.

120. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR8 y AR9 adscritos al Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández provino de la falta de diligencia con la que se condujeron en la atención médica proporcionada a V1 como se comprobó con las conductas y omisiones descritas en la presente Recomendación, lo que derivó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud con la consecuente pérdida de la vida, acorde a lo siguiente:

120.1. Omitieron protocolizar a V1, persona adulta mayor, de conformidad con las GPC, Normas Oficiales Mexicanas, Reglamentos, LGS y literatura médica especializada abordadas durante el análisis de la atención médica que se le brindó.

120.2. AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR8 y AR9 omitieron la realización de la endoscopia indicada desde que V1 ingresó por AR1, desestimando sus factores de riesgo y sintomatología, generando dilación en su diagnóstico y en su tratamiento, lo cual repercutió en su pronóstico y calidad de vida, de haberlo realizado, se le hubiera diagnosticado el [REDACTED] en una primera etapa.

120.3. AR6 egresó prematuramente a V1 sin un diagnóstico de certeza ni tratamiento idóneo, con alteraciones metabólicas y sanguíneas documentadas en los resultados de sus estudios de laboratorio y sin indicaciones precisas de estudios de extensión.

120.4. El Adenocarcinoma es un padecimiento grave de elevada mortalidad y aun cuando se documentó en medio extrainstitucional, lo cierto es que pasó inadvertido por los médicos de urgencias del Hospital Darío Fernández, como se acreditó.

121. Por otro lado, las irregularidades en la integración de los expedientes clínicos de V1, igualmente constituyen responsabilidad para AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, vulnerando su derecho humano al acceso a la información en materia de salud en su agravio y de sus familiares.

122. Por lo expuesto, acreditadas las irregularidades médicas y administrativas se considera que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12 y AR13 incumplieron lo previsto en el artículo 49, fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, vigente al momento de los hechos, en relación con el artículo 252 de la Ley del ISSSTE, que prevén 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.

123. 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, 73 bis de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

123.1. Denuncias ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR8 y AR9, con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, y otra diversa a los citados más AR7, AR10, AR11, AR12 y AR13, por las irregularidades en la integración de su expediente clínico.

123.2. Denuncia en la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR8 y AR9 por la deficiente atención médica proporcionada a V1 cuando acudió por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández.

124. No se omite precisar, que el 9 de marzo de 2020, el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE resolvió improcedente el caso que nos ocupa por al considerar que no existió deficiencia médica o administrativa, negativa o imposibilidad institucional en la atención otorgada a V1, de acuerdo con lo siguiente:

124.1. V1 estaba en protocolo de diagnóstico desde que manifestó sintomatología específica y de acuerdo con la GPC Laparotomía y/o Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo no Traumático en el Adulto, sólo en aquellos pacientes con cuadro de abdomen agudo asociado a oclusión mecánica o funcional deben realizarse estudios de extensión cuando exista posible etiología por sus condiciones previas y éstas se manejen conservadoramente, sin que sea necesario realizar procedimientos diagnósticos a menos que persista la sintomatología.

124.2. V1 acudió por sintomatología abdominal sin que refiriera algún síntoma de síndrome paraneoplásico específico (síntomas que aparecen en localizaciones alejadas de un tumor o sus metástasis); aunado a que durante su estancia no se documentó datos de abdomen agudo, tratándose su cuadro como oclusión intestinal que mejoró con manejo conservador y a su egreso se le indicó que regresara a urgencias de persistir la sintomatología, optando por acudir a medio privado.

124.3. Cuando V1 acudió a consulta particular presentó sintomatología que sugería enfermedad crónica, la cual no manifestó durante su estancia hospitalaria institucional y si bien pudo haber presentado dicha patología con anterioridad, no se advirtió relación con la atención médica proporcionada.

124.4. Contrario a lo señalado por el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE, en la opinión médica elaborada por este Organismo Nacional, se destacó que la atención médica brindada a V1 en el Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández durante abril de 2017 fue inadecuada debido a que AR1, AR2, AR3,

AR4, AR5, AR6, AR7, AR8 y AR9, desestimaron su sintomatología, omitiendo ampliar el escrutinio por laboratorio y gabinete, realizar endoscopia, considerada el estándar de oro diagnóstico para detectar oportunamente neoplasias malignas; máxime que el adenocarcinoma gástrico es un [REDACTED] agresivo de lenta progresión para la formación del tumor y diseminación a hígado, pulmón y retroperitoneo, siendo una enfermedad asintomática y silenciosa hasta sus últimos estadios, por tanto, lo obligado era protocolizarlo, diagnosticarlo, estadificarlo para establecer un pronóstico con el tratamiento más idóneo, o en su caso, con cuidados paliativos, lo que no aconteció por lo siguiente:

124.5. Dichas personas servidoras públicas omitieron protocolizar a V1, persona adulta mayor, de conformidad con las GPC, Normas Oficiales Mexicanas, Reglamentos, LGS y literatura médica especializada abordadas en el análisis de la atención médica que se le brindó.

124.6. Al no haber dado seguimiento a la endoscopia solicitada desde el 7 de abril de 2017 por AR1, ocasionaron dilación en su diagnóstico, y por tanto en su tratamiento, repercutiendo en su pronóstico y calidad de vida, de haberlo realizado se le hubiera diagnosticado el [REDACTED] en una primera etapa, lo cual no sucedió.

124.7. AR6 ordenó su egreso prematuramente sin un diagnóstico de certeza ni tratamiento idóneo, aunado a que no consideró sus alteraciones metabólicas ni sanguíneas reportadas en sus resultados de laboratorio, sin que indicaran estudios de extensión.

124.8. Aun cuando el adenocarcinoma es un padecimiento grave de elevada mortalidad que en el caso particular se documentó en medio extrainstitucional, lo cierto es que pasó inadvertido por los médicos de Urgencias del Hospital Darío Fernández del 7 al 12 de abril de 2017, como se acreditó.

125. A lo anterior se adiciona que, en la ampliación de opinión médica de este Organismo Nacional del 2 de octubre de 2020, se estableció que la GPC de Laparotomía y/o Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo No Traumático en el Adulto, no aplicaba al caso concreto, debido a que la agraviada cursaba con [REDACTED], sin que dicha Guía considere ese tipo de padecimientos malignos, contrario a lo señalado por la jefa de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos del ISSSTE mediante el oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/03394-4/20 de 4 de septiembre de 2020; por tanto, dicha autoridad dejó de considerar que los síntomas de V1 fueron subestimados por los médicos tratantes y no valorados de manera específica como se demostró, de habersele realizado la endoscopia en tiempo, esto es, desde el 7 de abril de 2017 cuando acudió por primera vez a urgencias, se le hubiera brindado un mejor pronóstico de sobrevida, al cual tenía derecho y que al no haber acontecido, les genera responsabilidad.

G. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

126. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c), de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a 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 del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

127. Para tal efecto, en términos de los artículos 1°, párrafos tercero y cuarto, 2°, fracción I, 7°, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de V1 que derivó en la pérdida de su vida, así como al acceso a la información en materia de salud en su agravio y de V2 y V3, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual, se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

128. 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 y de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

129. 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*”.³¹

130. 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* (...)”.³²

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

³¹ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

³² “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.

i. Medidas de rehabilitación.

132. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con el artículo 21 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”*, la rehabilitación incluye la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales.

133. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63, de la Ley General de Víctimas, y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación se deberá brindar, en caso de que lo requiera, a V2, V3, y demás familiares de V1, que conforme a derecho corresponda, atención psicológica, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V1, que de manera desafortunada derivó en la pérdida de su vida.

134. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima directa y víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente.

135. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos. Durante su desarrollo y conclusión

podrá ser valorada por el personal con especialidad en la materia de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

ii. Medidas de compensación.

136. La compensación se encuentra establecida en los artículos 27, fracción III, 64 a 72, de la Ley General de Víctimas, la cual consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto a otorgar como compensación a V2, V3 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, derivado de la afectación a la salud y consecuente pérdida de la vida de V1, para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la mencionada Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones.

137. A fin de cuantificar el monto de la compensación, deberán atenderse los siguientes parámetros:

137.1. Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la CrIDH como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

137.2. Daño inmaterial. 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. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas directas e indirectas.

iii. Medidas de satisfacción.

138. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, comprende que las autoridades colaboren ampliamente con la instancia investigadora competente, derivado de la queja administrativa y denuncia que presente éste Organismo Nacional, para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

iv. Medidas de no repetición.

139. Éstas se encuentran contempladas en los artículos 27, fracción V; 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, y 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 ello, 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.

140. Por tanto, las autoridades del ISSSTE deberán implementar un curso integral, dirigido al personal directivo y médico del Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández, en el que se incluya las personas servidoras públicas responsables

en el presente pronunciamiento, 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 a través de un curso de actualización de oncología para profesionales de la salud no oncólogos, uno más en oncología aplicada a cuidados paliativos y otro sobre la aplicabilidad del *“Manual del expediente clínico electrónico”* emitido por la Secretaría de Salud, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

141. Dichos cursos serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, los cuales deberán ser no menores a 20 horas y contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

142. Los manuales y contenido de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad, y se deberá realizar un registro de participantes, temario del curso, constancias y/o diplomas otorgados.

143. Estos cursos podrán realizarse a distancia por considerar la actual pandemia por COVID-19. Además, se deberá entregar a esta Comisión Nacional las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, videos, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, fotos y evaluaciones, entre otros.

144. Se deberá emitir, en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, una circular en la que se instruya al personal directivo y médico del Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes, la cual debe ser publicada en el portal de intranet de esa institución.

145. En el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal directivo y médico del Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández cuando así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten su actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa, con diligencia.

146. 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”*,³³ en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

³³ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.

147. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 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, V3 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, con motivo del deceso de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, con la finalidad de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral correspondiente y se les otorgue atención psicológica y tanatológica, que incluya compensación con base en las evidencias planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore en la integración de la queja que el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, integre en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR8, AR9 AR10, AR11, AR12 y AR13, con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1 y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore con la integración de la denuncia que se presente ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR8 y AR9 con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1,

debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

CUARTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso dirigido al personal directivo y médico del Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández, en el que se incluya a las personas servidoras públicas responsables en el presente pronunciamiento 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 a través de la actualización de oncología para profesionales de la salud no oncólogos, uno más en oncología aplicada a cuidados paliativos y otro sobre la aplicabilidad del *“Manual del expediente clínico electrónico”* emitido por la Secretaría de Salud los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; asimismo, deberá enviar a esta Comisión Nacional las constancias de su impartición, en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y evaluaciones.

QUINTA. Gire las instrucciones para que en el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular en el portal de intranet en la que se instruya al personal directivo y médico del Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández Fierro, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en

las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Gire instrucciones respectivas para que en el término de un mes, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida al personal directivo y médico del Servicio de Urgencias del Hospital Darío Fernández Fierro, 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 se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

148. 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.

149. 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.

150. 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.

151. 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.

P R E S I D E N T A

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA