



RECOMENDACIÓN No. 174 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD Y A LA VIDA DE V, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN SU AGRAVIO, Y DE QV, VI1, VI2 Y VI3, EN EL HOSPITAL GENERAL “JOSÉ MARÍA MORELOS Y PAVÓN” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 31 de agosto de 2022.

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

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2019/9076/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital José María Morelos y Pavón.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 párrafo primero y 147, de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11 fracción VI, 16, 113 fracción I, párrafo último y 117, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como, 1, 6, 7, 16,

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

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

Denominación	Claves
Víctima	V
Víctima Indirecta	VI
Quejosa Víctima	QV
Persona identificada como Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

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

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Guía de Práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Aguda en Pacientes Adultos	GPC de la Insuficiencia Cardíaca Aguda
Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo de Tórax en Adultos	GPC del Traumatismo de Tórax
Hospital General “José María Morelos y Pavón” del ISSSTE en la Ciudad de México	Hospital José María Morelos y Pavón
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE	ISSSTE
Ley General de Salud	LGS
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos	NOM-Para Organización y Funcionamiento de las UCI
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-De Criterios de Funcionamiento y Atención en Urgencias
Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de salud	NOM-Para la Práctica de Enfermería
Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos	NOM-Para Disposición de Sangre Humana con Fines Terapéuticos
Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos (ATLS)	Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma
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	Reglamento del ISSSTE

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Estado	
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	UCIA

I. HECHOS

5. El 24 de septiembre de 2019, QV se inconformó ante esta CNDH en representación de VI1, VI2 y de VI3 por la atención brindada a V, de **edad** de edad al momento de los hechos, en el Hospital José María Morelos y Pavón donde fue atendida el 7 de octubre de 2018 debido a que el 6 de ese mes y año cuando intentó bajar de una unidad de transporte público **parentesco** avanzó con ella varios metros, siendo atendida inicialmente en el Hospital Privado 1 donde se le diagnosticó contusión en rodilla, esguince y torceduras en columna cervical y lumbar dejándole cita abierta a urgencias en caso de que el dolor no cediera.

6. Debido a que el 7 de ese mes y año, presentó disnea (dificultad en la respiración) recibió manejo inicial en Urgencias del Hospital José María Morelos y Pavón por infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST,¹ y debido a

¹ El infarto de miocardio sin elevación del segmento ST forma parte del espectro del síndrome coronario agudo, en el que la mayoría de las personas presenta dolor en el pecho y se diferencia de la angina inestable por el aumento del nivel de troponina cardíaca, siendo las primeras pruebas diagnósticas un electrocardiograma, biomarcadores (troponina de sensibilidad alta) y ecocardiograma o radiografía y tomografía computarizada de tórax para eliminar otras afecciones, requiriendo la rápida estratificación del riesgo y tratamiento precoz con fármacos anti isquémicos, anticoagulantes y antiplaquetarios dobles y en pacientes de alto riesgo para estrategia invasiva precoz (angiografía coronaria y revascularización dentro de las 12 a 24 primeras horas) porque las complicaciones son el avance o empeoramiento del infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico, arritmias y muerte.

que la tomografía demostró hemotórax derecho del 40%,² se ordenó su ingreso a la UCI con sonda endopleural,³ donde después de varios días presentó descontrol metabólico (constante en pacientes con diabetes) y lesión renal aguda.⁴

7. El 16 de octubre de 2018, se le retiró la sonda endopleural por parénquima pulmonar derecho expandido,⁵ fue dada de alta a piso de Medicina Interna donde presentó condición de salud [REDACTED] requirió manejo avanzado de la vía aérea con asistencia mecánica ventilatoria.

8. fecha de fallecimiento [REDACTED], cayó en paro cardiorrespiratorio que no revirtió a maniobras de reanimación cardiopulmonar, señalándose como causas de su deceso: falla condición de salud [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

² Un neumotórax es un colapso pulmonar producido cuando el aire se filtra dentro del espacio entre los pulmones y la pared torácica haciendo el aire presión en la parte externa del pulmón que causa el colapso.

³ Tubo flexible y hueco puesto dentro del tórax que actúa como drenaje y permite salida de sangre, líquido o aire desde el espacio alrededor de los pulmones, el corazón o el esófago.

⁴ La insuficiencia renal aguda es la pérdida súbita de la capacidad de los riñones para eliminar el exceso de líquido, electrolitos y el material de desecho de la sangre, siendo más común en personas hospitalizadas, particularmente aquellas que necesitan cuidados intensivos.

⁵ El parénquima pulmonar hace referencia al tejido encargado del intercambio gaseoso compuesto por bronquiolos respiratorios.

⁶ Ocurre cuando se acumula líquido en los sacos de aire elásticos y diminutos (alvéolos) de los pulmones e impide que se llenen con suficiente aire lo que genera que llegue menos oxígeno al torrente sanguíneo.

⁷ El broncoespasmo es una contracción anormal y reversible del músculo liso de los bronquios que produce estrechamiento y obstrucción aguda de las vías respiratorias y requiere de medidas urgentes para su atención.

⁸ La contusión pulmonar es la lesión asociada de manera más frecuente en traumatismos torácicos, siendo más común en cerrados, hemorragia y posterior edema alveolar reflejados en la existencia de crepitantes en la auscultación pulmonar e hipoxemia por la formación de un hematoma en el pulmón con sangrado e hinchazón ocasionando dolor por la lesión de la pared torácica y sensación de falta de aire.

9. A fin de investigar y analizar las probables violaciones a derechos humanos en agravio de V, el 7 de agosto de 2019, se inició el expediente **CNDH/1/2019/9076/Q** y se obtuvo copia de su expediente clínico e informes de la atención médica brindada en el Hospital José María Morelos y Pavón, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. Escrito de queja de 24 de septiembre de 2019 a través del cual QV en representación de VI1, VI2 y VI3, se inconformó con la atención brindada a V, su **parentesco** en el Hospital José María Morelos y Pavón y agregó copia de su acta de nacimiento y de sus **parentesco** VI1 y VI2.

11. Impresión de correo electrónico de 3 de octubre de 2019, al que el abogado de QV adjuntó información relacionada con la Carpeta de Investigación 1 iniciada con motivo de la defunción de V por homicidio culposo por el accidente que padeció, de lo cual se destacó lo siguiente:

11.1. Formato Único de Notificación de Caso Médico Legal de las 22:00 horas de **fecha de fallecimiento** en la que AR10 indicó que el 7 de octubre de 2018, V ingresó a Urgencias por haber sido arroyada **narración de hechos** del servicio público en movimiento con aparente contusión cerrada de tórax derecho siendo atendida en Terapia Intensiva y Medicina Interna sin mejoría, quien falleció **fecha de fallecimiento**

⁹ Es una acumulación de sangre en el espacio existente entre la pared torácica y el pulmón (cavidad pleural).

¹⁰ Enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina o el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.

11.2. Aviso de inició de la Carpeta de Investigación 1 de las 02:00 horas de 22 de octubre de 2018, con motivo de la notificación por oficio de “Caso Médico Legal” procedente del Hospital José María Morelos y Pavón en contra de quien resulte responsable por “homicidio culposo por otras causas”.

11.3. Denuncia de VI1 por homicidio en agravio de V. Incompleta.

11.4. “Dictamen pericial en Criminalística de Campo para estudio de cadáver atendido en Hospital” de las 04:00 horas de 22 de octubre de 2018, derivado de la Carpeta de Investigación 1, en el cual se describió el levantamiento de cadáver de V.

11.5. “Certificado médico de cadáver, feto o segmento” de las 05:05 horas de 22 de octubre de 2018, elaborado en el anfiteatro de la Coordinación IZP-6.

11.6. Necropsia de las 08:45 horas de 22 de octubre de 2018, en la que el Perito Médico Forense del Instituto de Ciencias Forenses del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México determinó que V falleció de las condición de salud [REDACTED].

12. Oficio DEOCDH/DDH/1755/2020 de 17 de marzo de 2020, mediante el cual el Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México adjuntó el diverso D/104/20 del 13 de ese mes y año, con la necropsia y ampliación de dicho peritaje, así como, estudios complementarios realizados a V.

13. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/4541-11/20 de 19 de noviembre de 2020, al cual el ISSSTE adjuntó informes sobre la atención brindada a V en el

Hospital José María Morelos y Pavón con copia de su expediente clínico del cual se destacó lo siguiente:

13.1. Hoja de Urgencias de las 07:29 horas de 7 de octubre de 2018, en la cual AR1 asentó que V le indicó que el 6 de ese mes y año cuando descendía del transporte público fue arrastrada dos metros aproximadamente, por lo cual la diagnosticó [REDACTED]

13.2. Nota de evolución nocturna de la 01:45 horas del 6 de octubre de 2018 (sic), en la cual AR2 reportó a V aún grave con riesgo elevado de complicaciones intrahospitalarias.

13.3. Nota de Urgencias Adultos de las 18:00 horas de 7 de octubre de 2018, en la que AR3 indicó el ingreso de V a Observación por condición de salud [REDACTED]

13.4. Hoja de enfermería de 7 de octubre de 2018 en la que AR4, AR5 y AR6 reportaron a V con hipotensión arterial y respiración acelerada (taquipnea) en el lapso comprendido entre las 08:00 a las 24:00 horas.

13.5. Hoja de control de líquidos suministrados a V durante el 7 de octubre de 2018.

¹¹ Lesiones que aparecen cuando se produce un golpe o cualquier impacto sobre la piel sin ocasionar heridas abiertas.

¹² La lesión (injuria) renal aguda (AKI, acute kidney injury) es un síndrome clínico definido (según KDIGO 2012) como aumento de la concentración de creatinina sérica de $\geq 0,3$ mg/dl ($26,5 \mu\text{mol/l}$) durante 48 h o aumento de $\geq 1,5$ veces en los últimos 7 días, o diuresis $< 0,5$ ml/kg/h durante 6 h.

13.6. Nota de evolución matutina de Urgencias de las 09:30 horas del 8 de octubre de 2018, en la cual AR7 asentó que V ameritaba valoración por Terapia Intensiva por datos de **condición de salud**

[REDACTED]

13.7. Nota de indicaciones médicas y medidas generales indicadas a V el 8 de octubre de 2018 y elaboradas por AR7.

13.8. “Nota de ingreso UCIA turno matutino” de las 13:40 horas de 8 de octubre de 2018, en la cual PSP1 indicó que V ingresó para continuación de tratamiento por **condición de salud**

[REDACTED]

13.9. Hoja de enfermería de 8 de octubre de 2018, en la cual se asentó que V pasó a Terapia Intensiva a las 12:35 horas.

13.10. Nota de Cirugía General y Procedimiento de las 19:30 horas del 9 de octubre de 2018, en la cual PSP2 indicó que a V se le colocó en el quinto espacio intercostal derecho sonda endopleural sin incidentes.

13.11. Carta de consentimiento informado de 9 de octubre de 2018, en la que V autorizó la colocación de sonda endopleural.

13.12. Formato Único de Notificación de Caso Médico Legal de las 12:00 horas del 9 de octubre de 2018, en la cual PSP3 indicó que el 6 de ese mes y año, V presentó **condición de salud** por aplastamiento con la puerta trasera de un camión.

13.13. “Nota médica de ingreso UCIA turno matutino” de las 13:40 horas del 10 de octubre de 2018 elaborada por PSP1.

13.14. “Orden médica para el turno matutino” de las 09:40 horas del 10 de octubre de 2018, en la cual PSP1 indicó medidas generales, soluciones y medicamentos para V.

13.15. Nota de UCIA vespertina de las 18:00 horas de 10 de octubre de 2018, en la cual PSP4 reportó que V estaba en espera de control tomográfico y la describió como grave con pronóstico reservado a evolución.

13.16. Nota de la UCI de las 10:00 horas del 12 de octubre de 2018, en la cual PSP5 describió a V, sin datos de falla respiratoria y hemodinámicamente estable.

13.17. Nota de evolución diurna y de evolución nocturna de las 18:00 y 22:45 horas respectivamente del 13 de octubre de 2018, en las que se indicó que el pronóstico de V era reservado a evolución con altas posibilidades de complicaciones.

13.18. Nota de evolución diurna de las 18:00 horas de 14 de octubre de 2018, en la cual se reportó a V, con dolor leve a nivel de herida quirúrgica.

13.19. Nota de evolución turno nocturno, caso médico legal de 15 de octubre de 2018, en la cual se reportó a V, con dolor pleurítico en hemitórax derecho y descontrol metabólico por hiperglucemia (aumento de glucosa en la sangre) e hiperkalemia (nivel de potasio en sangre más alto que lo normal).



13.20. Nota médica de ingreso UCIA turno matutino (sic) de las 13:40 horas de 15 de octubre de 2018, en la cual PSP1 reportó a V, con tendencia a la taquicardia y pronóstico reservado a evolución.

13.21. Nota de Cirugía General de las 16:10 horas del 16 de octubre de 2018, en la cual PSP2 asentó que a V se le retiró la sonda endopleural sin incidentes.

13.22. Nota de evolución nocturna de las 01:00 horas de 17 de octubre de 2018, en la cual se reportó que V presentaba expansión del pulmón en hemitórax derecho confirmado por rayos X.

13.23. “Nota médica ingreso UCIA turno matutino” de las 12:40 horas de 17 de octubre de 2018, en la cual PSP1 indicó que V sería dada de alta para envió a Medicina Interna.

13.24. Hoja de Enfermería de 17 de octubre de 2018, en la cual se asentó que a las 18:30 horas V pasó a Medicina Interna sin incidentes.

13.25. Nota de Medicina Interna de las 19:20 horas de 17 de octubre de 2018 en la cual AR8 asentó que V ingresó procedente de la UCIA con diagnósticos de policontundida, [REDACTED] con [REDACTED] de salud [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

¹³ Se refiere a la lesión y patología consecuente tras aplicación de fuerzas cinéticas significativas al tórax que no provocan penetración de la cavidad torácica.

condición de salud

.

13.26. “Revisión y evolución matutina a Medicina Interna Hospitalización” de 18 de octubre de 2018, en la cual AR9 solicitó rayos X de tórax y estudios de laboratorio de V ante la presencia de campos pulmonares hipoventilados

condición de salud

13.27. Nota de evolución de Medicina Interna de 19 de octubre de 2018 sin hora, en la cual AR9 reportó a V con su mismo manejo.

13.28. Nota de evolución nocturna de las 07:30 horas de 20 de octubre de 2018, en la cual AR10 indicó que V requirió maniobras avanzadas de la vía con intubación orotraqueal (OT) y asistencia mecánica ventilatoria (AMV).

13.29. Nota de enfermería de 21 de octubre de 2018, en la cual se asentó el manejo otorgado a V desde las 09:00 a las 17:00 horas.

13.30. Copia simple del certificado y acta de defunción de V, en los que se asentó que falleció a las 2

condición de salud

13.31. Nota de evolución por gravedad y alta por defunción de las 22:30 horas de 21 de octubre de 2018, en la cual AR10 asentó que V falleció por falla ventilatoria aguda secundaria a broncoespasmo severo, condición de salud

13.32. Resumen médico sin fecha elaborado por PSP5, quien reseñó la atención brindada a V en Urgencias el 7 y del 20 al 21 de octubre de 2018.

13.33. Oficio SM-0332/2020 de 17 de septiembre de 2020, al que PSP5 adjunto los informes elaborados por AR9 y PSP1 del 11 y 15 de septiembre de 2020, con motivo de la atención médica brindada a V.

13.34. Oficio CRH/937/2020 de 29 de septiembre de 2020, mediante el cual la Coordinación de Recursos Humanos en el ISSSTE informó datos respecto de AR1, AR3, AR7, PSP1, AR9 y agregó que no encontró registro de algún procedimiento administrativo ni penal en su contra.

14. Escrito de 8 de diciembre de 2021, al que QV adjuntó diversa documentación en copia certificada destacándose lo siguiente:

14.1. Acta de descripción, levantamiento y traslado de cadáver de las 04:00 horas de 22 de octubre de 2018 contenida en la Carpeta de Investigación 1.

14.2. Resultados del estudio químico-toxicológico, determinación de alcohol e histopatológico relacionados con V de 22 de octubre de 2018 y derivados de la Carpeta de Investigación 1, en el que se concluyó la presencia de condición de salud [REDACTED].

14.3. Resumen médico de la atención brindada a V en el Hospital Privado 1 con receta médica por diagnóstico condición de salud [REDACTED] del 6 de octubre de 2018.

15. Oficio DGJCDMX/CGJDH/DGDH/DEA/0519/2022-01 de 31 de enero de 2022, mediante el cual la Unidad Uno de Investigación Sin Detenido del Sistema

Acusatorio de la Fiscalía General de Justicia en la Ciudad de México informó que la Carpeta de Investigación 1 iniciada el 22 de octubre de 2018, aún estaba en trámite por hechos con apariencia de delito de homicidio culposo.

16. Opinión Médica de 19 de abril de 2022, en la que personal médico de esta CNDH concluyó que la atención médica brindada a V, en el Hospital José María Morelos y Pavón del 7 al 8 y del 17 al 21 de octubre de 2018, fue inadecuada.

17. Acta Circunstanciada de 18 de mayo de 2022, en la que personal de esta CNDH hizo constar la revisión a la Carpeta de Investigación 1, advirtiéndose la solicitud del 26 de enero y 6 de abril de ese mismo año de los registros referentes al siniestro en el cual resultó lesionada V el 6 de octubre de 2018.

18. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/3449-1/2022 de 9 de junio de 2022, por el cual el ISSSTE comunicó a esta Comisión Nacional, que el 10 de enero de 2022, el Comité de Quejas Médicas en su primera sesión ordinaria dictaminó como improcedente el caso que nos ocupa y agregó que no encontró algún expediente integrado por alguna Queja Médica.

19. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/3784-1/22 de 24 de junio de 2022, por el cual el ISSSTE adjuntó el diverso 600.602/RPEA/AOM/336/2022 del 13 de ese mes y año, en cual se comunicó a este Organismo Nacional que el Expediente de Responsabilidad Patrimonial 1 presentado por QV, VI1, VI2 y VI3 se desechó de plano por prescripción.

20. Impresión de correo electrónico de 9 de agosto de 2022, mediante el cual el ISSSTE adjuntó el oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/4768-1/22 del 4 de ese mismo mes y año, en el cual informó los datos del personal médico interviniente en la atención de V, activo a la fecha.

21. Acta Circunstanciada de 19 de agosto de 2022, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con QV, quien indicó que VI3 es **parentesco** de V.

22. Acta Circunstanciada de 25 de agosto de 2022, en la que personal de esta CNDH hizo constar la llamada telefónica con personal de la Fiscalía General de Justicia en la Ciudad de México, quien informó que la Carpeta de Investigación 1 continúa en trámite.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

23. Con motivo del fallecimiento de V, el 22 de octubre de 2018, se radicó la Carpeta de Investigación 1 por hechos probablemente constitutivos del delito de homicidio culposo derivado del accidente que presentó cuando viajaba en un transporte público y de acuerdo con la información aportada a esta CNDH por la Unidad Uno de Investigación Sin Detenido del Sistema Acusatorio de la Fiscalía General de Justicia en la Ciudad de México el 31 de enero de 2022 y en la revisión realizada el 18 de mayo de esta anualidad a la fecha de emisión del presente documento Recomendatorio continua en trámite por hechos con apariencia de delito de homicidio culposo como lo confirmó personal de la referida Fiscalía el 25 de agosto de 2022.

24. El 29 de junio de 2021, QV, VI1, VI2 y VI3 presentaron escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, radicado en la Subdirección de lo Contencioso en el ISSSTE el 14 de julio de ese año como Expediente de Responsabilidad Patrimonial 1, misma fecha en la cual se desechó de plano por prescripción.

25. Por otra parte, en la primera sesión ordinaria celebrada el 10 de enero de 2022, el Comité de Quejas Médicas en el ISSSTE dictaminó como improcedente el caso que nos ocupa por haber considerado que no existió deficiencia médica ni administrativa.

26. Al momento en que se emite la presente Recomendación, no obra constancia de que se hubiera iniciado alguna Carpeta de Investigación en la Fiscalía General de la República con motivo de la atención médica que V recibió en el Hospital José María Morelos y Pavón, ni queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

27. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2019/9076/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud y a la vida de V, así como, al acceso a la información en materia de salud en su agravio y de QV, VI1, VI2 y VI3 atribuibles al personal médico y de enfermería del Hospital José María Morelos y Pavón con base en las siguientes consideraciones.

A. SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE PERSONAS CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES O CRÓNICO DEGENERATIVAS

28. Previo al análisis correspondiente, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se destacó que las causas del lamentable deceso de V obedeció a falla

condición de salud

sin que fuera oportunamente diagnosticada y tratada por personal médico y de enfermería del Hospital José María Morelos y Pavón, situación que incidió en el avance al deterioro del estado de salud de una persona en particular estado de vulnerabilidad por su padecimiento previo de condición de salud cuya trascendencia radica en lo siguiente.

29. La CrIDH, ha sostenido que los Estados “(...) tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de (...) la integridad personal, particularmente (...) cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud”.¹⁴ En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son aquellas que “(...) por diferentes factores o [su] combinación, 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.”¹⁵

30. El artículo 25, de la LGS establece que, en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, “(...) se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos en situación de vulnerabilidad”, ubicándose en dicho supuesto aquellas personas con padecimientos crónico-degenerativos.

31. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido que las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, siendo “(...) un grupo de enfermedades que no son causadas (...) por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para

¹⁴ CrIDH, “Caso *Ximenes Lopes Vs. Brasil*”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89.

¹⁵ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo, (...).”,¹⁶ coincidiendo la OMS al precisar que son de “(....) larga duración y por lo general de progresión lenta (...)”.¹⁷

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

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

B. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD

34. 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

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud, disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es

¹⁷ Organización Mundial de la Salud, disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,¹⁸ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.

35. La SCJN ha establecido que, “(...) El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”.¹⁹

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

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

¹⁸ CNDH. Recomendaciones: 92/2022, párr. 18, 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.

¹⁹ Jurisprudencia administrativa, “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, Registro 167530.

38. El párrafo 1º, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como “(...) un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás (...). Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante (...) procedimientos complementarios, como (...) aplicación de (...) programas de salud elaborados por la (...) (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)”.²⁰

39. En los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, se reconoce el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por ello el Estado debe adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”,²¹ 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 (...)”.

40. Del análisis realizado se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR7, AR8, AR9 y AR10 adscritos a diversos servicios del Hospital José María Morelos y Pavón, así como, AR4, AR5 y AR6 del área de Enfermería derivado de su respectiva calidad de garantes según lo establecido en 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, omitieron la adecuada atención médica que V requería para brindarle un diagnóstico y tratamiento oportunos, lo cual incidió en la

²⁰ “*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.

²¹ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.

vulneración a su derecho humano a la protección a la salud con la consecuente pérdida de la vida y falta de acceso a la información en materia de salud en su agravio y de las víctimas indirectas, lo cual será materia de análisis posterior a sus antecedentes clínicos.

❖ Antecedentes clínicos de V

41. El presente caso es sobre V, persona del **sexo, edad** al momento de los hechos, portadora de **condición de salud**

42. De la valoración realizada a V a las 15:00 horas del 6 de octubre de 2018 en el Hospital Privado 1, se destacó que:

42.1. Informó padecer **condición de salud** de 24 años en tratamiento y que el motivo de su presencia era por “caída de transporte público”, y se advirtió con múltiples contusiones en rodilla izquierda, región lumbar y cervical sin pérdida del estado de alerta.

42.2. A la exploración física se le encontró consciente, orientada en las tres esferas, Glasgow 15,²² normoencéfalo (cráneo tamaño normal) sin exostosis (crecimiento anómalo de algún hueso) ni hundimientos, tórax normolíneo (constitución mediana), “cardiopulmonar sin compromiso aparente”, región cervical con contractura paravertebral (contracción muscular involuntaria a los

²² Se trata de una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona mediante tres parámetros consistentes en respuesta verbal, ocular y motora, el puntaje más bajo es de 3 puntos y el valor más alto es de 15 puntos, esto es, un estado neurológico óptimo.

lados de la columna), sin datos de neurotensión (alteraciones del sistema nervioso), maniobras del C4 a T1 (vértebras cervicales y torácicas) sin alteraciones, contractura paravertebral bilateral a nivel lumbar, Lassegue y Bragard negativos,²³ extremidades torácicas y pélvicas integra y simétricas con adecuados arcos de movilidad, fuerza muscular 5/5 de Daniels,²⁴ reflejos presentes con sensibilidad 2/2.

42.3. La radiografía lateral de columna cervical evidenció rectificación de lordosis (pérdida de la curvatura natural de esta región de la columna) sin soluciones de continuidad ósea ni incongruencias articulares, en tanto, las radiografías AP y lateral de columna lumbar y rodilla izquierda se advirtieron sin datos de lesión ósea reciente ni incongruencias articulares, lo que en opinión del personal médico de esta CNDH significaba que tenía esguince cervical (desgarro de algún ligamento que une vértebras cervicales y produce dolor en la zona del cuello).

42.4. En el Hospital 1, personal médico de dicho nosocomio diagnosticó a V, con esguince y torcedura de la columna cervical y lumbar, así como, contusión de rodilla prescribiéndole tratamiento e indicándole reposo relativo (no realizar ejercicio, cargar ni jalar objetos pesados) por siete días, compresas calientes en cuello y espalda, collarín blando por cinco días y cita abierta a Urgencias

²³ Prueba hecha durante el examen físico para determinar si el paciente con dolor lumbar tiene alguna hernia discal.

²⁴ La escala o test de Daniels sirve para medir la fuerza de los músculos en pacientes con trastornos neuromusculares o lesiones localizadas, clasificándose en: 0, parálisis completa; 1, el músculo se contrae sin movimiento; 2: el músculo se contrae y efectúa movimiento sin resistencia, no puede vencer a la gravedad; 3: el músculo efectúa movimiento en contra de la gravedad como única resistencia; 4: el músculo se contrae y efectúa el movimiento en toda su amplitud en contra de la gravedad y contra la resistencia manual moderada; y 5: el músculo se contrae y efectúa el movimiento en toda su amplitud en contra de la gravedad y con una resistencia manual máxima, dicha escala se acompaña de una evaluación cualitativa con parámetros de “Normal”, “Bueno”, “Regular”, “Deficiente”, “Vestigios de actividad” y “Nulo”.

en caso de que el dolor intenso no cediera o por persistencia de la sintomatología.

B.1. Violación al derecho humano a la protección a la salud de V

❖ Servicio de Urgencias Hospital José María Morelos y Pavón del 7 al 8 de octubre de 2018

43. Derivado de que V continuaba con malestares, a las 07:29 horas del 7 de octubre de 2018 acudió en compañía de QV a Urgencias del Hospital José María Morelos y Pavón donde fue atendida a las 08:10 horas por AR1 adscrita a dicho servicio, quien describió “(...) se encuentra paciente en sala de choque, con solución parenteral, se menciona la aplicación de insulina rápida 10ui, oxígeno con puntas nasales, sin hoja de nota e indicaciones médicas (T/A128/69 desxt 593 mg/dl a las 07:30 hrs)”, lo que en opinión del especialista de esta CNDH significaba que V había ingresado con descontrol metabólico severo por niveles alarmantemente elevados de glucosa.

44. Debido a que a la exploración física, AR1 encontró a V con presión arterial de “94/76”, frecuencia cardíaca, temperatura, oxígeno y escala de coma Glasgow normales, destroxitis con hiperglucemia de 494 mg/dl (normal 60-110), consciente, hidratada, “campos pulmonares ventilados sin fenómenos agregados”, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad con dolor a la palpación profunda de tórax anterior sin cambios de coloración en su superficie y sin datos de fractura, la diagnosticó **condición de salud**

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED].

45. Por lo cual le indicó solución fisiológica al 0.9% para mantener vena permeable y solución Hartman, esquema de insulina de acción rápida cada 4

horas y analgésico (ketorolaco) con solicitud de estudios de laboratorio (biometría hemática con diferencial, examen general de orina, pruebas de funcionamiento hepático, química sanguínea, electrolitos séricos), rayos X anteroposterior y lateral de tórax óseo y columna cervical, así como, electrocardiograma con la finalidad de revalorarla con los resultados.

46. Al respecto, en opinión del médico de este Organismo Nacional el actuar de AR1 fue inadecuado para la sintomatología de V con base en lo siguiente:

46.1. La falta de adecuado interrogatorio y exploración física completa al ingreso de V a Urgencias como estándar en casos de aplastamiento en tórax provocó que AR1 desestimara su antecedente de traumatismo cerrado en tórax, la sintomatología de dolor torácico y descontrol metabólico por hiperglucemia de 494 mg/dl, ya que debió cuestionar acerca del dolor torácico, su inicio y tipo (dolor punzante, opresivo, ardoroso, sensación de pesadez) para verificar las alteraciones pulmonares que posteriormente presentó e indagar factores paliativos y exacerbantes, síntomas asociados como vómitos, sudoración o dificultad para respirar (disnea), lo cual no consideró en su valoración por las razones expuestas.

46.2. Si bien es cierto, AR1 solicitó electrocardiograma también lo es que éste debió realizarse dentro de los primeros diez minutos de su llegada con monitoreo cardiorrespiratorio continuo ante el riesgo potencial de compromiso de la vía aérea, que incluyera colocación de oxímetro para la saturación, instauración de dos vías intravenosas, signos vitales cada hora, laboratorios urgentes con marcadores serológicos (troponina cardíaca), gasometría arterial para descartar desequilibrio ácido base, búsqueda de cetonas en orina por el descontrol glucémico, control de líquidos estricto, placa de rayos X de tórax urgente y su valoración por Terapia Intensiva por el inminente riesgo de compromiso cardiopulmonar que posteriormente presentó.

46.3. Lo que al no haber acontecido evidenció el incumplimiento a lo señalado en los puntos 5.5.1.2.1 y 5.5.1.2.2 de la NOM-Para Organización y Funcionamiento de las UCI, los cuales priorizan el ingreso de pacientes en estado agudo crítico, inestables con necesidad de tratamiento intensivo y monitoreo y de aquellos que pudieran necesitar intervenciones inmediatas como consecuencia de padecimientos graves agudos o complicación de procedimientos médicos o quirúrgicos.

46.4. Así como, el contenido del Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma que describe acciones a realizarse durante la revisión primaria del trauma torácico para la búsqueda de evidencia de falta de aire como tiraje intercostal y supraclavicular,²⁵ escuchar el movimiento de aire en la nariz, boca y campos pulmonares, cuando el paciente pueda hablar, escucharlo para indagar obstrucción parcial de la vía aérea superior (estridor) o el cambio en la calidad de voz esperada, así como, palpación sobre el cuello anterior buscando chasquido o crujido en una articulación (crépito).

46.5. Al respecto, la Literatura Médica Especializada en dichos tópicos destaca que el diagnóstico de cetoacidosis diabética²⁶ se basa en valores de glucosa “>250 mg/dL, anión gap >10 mEq/L”, en tanto, el trauma cardíaco cerrado inicia con un trauma directo a la pared torácica con transmisión de la fuerza cinética al paciente causando compresión de estructuras mediastinales

²⁵ El tiraje intercostal surge cuando los músculos entre las costillas tiran hacia dentro, el movimiento casi siempre es un signo de que la persona tiene un problema respiratorio y se considera una emergencia; en tanto, el tiraje supraclavicular es el reflejo de la limitada permeabilidad de las vías respiratorias.

²⁶ Complicación grave de la diabetes en la que el cuerpo produce un exceso de ácidos en la sangre (cetonas).

entre el esternón y la columna espinal,²⁷ siendo la contusión miocárdica la lesión más común posterior a trauma contuso al tórax cuyo diagnóstico se basa en la combinación de la historia clínica, examen físico, electrocardiograma, enzimas cardíacas, ecocardiografía y tomografía computarizada, resonancia magnética y/o medicina nuclear, siendo el síntoma más común dolor de tórax inespecífico, lo que no consideró AR1.

47. A la 01:45 horas del “6 de octubre de 2018”, AR2 adscrita a Medicina Interna del referido nosocomio reportó a V con hipotensión arterial de 108/61 mmHg (normal 120/80 mmHg), frecuencia respiratoria aumentada (26 respiraciones por minuto, normal 16 a 20), despierta, reactiva, orientada, cooperadora, sentada (posición fowler), apoyo de oxígeno por mascarilla con bolsa reservorio, con buena hidratación, ruidos cardíacos rítmicos, mecánica ventilatoria adecuada, discreta disminución de movimientos ventilatorios en regiones basales de predominio derecho, abdomen y extremidades sin alteraciones, también indicó que los rayos X de tórax evidenciaron “opacidades basales, predominio derecho, no evidencia de derrame pleural” y la gasometría del 8 (sic) de ese mes y año, en opinión del personal médico de esta CNDH implicaba que cursaba alcalosis respiratoria compensada (nivel bajo de dióxido de carbono por respiración excesiva).

48. AR2 diagnosticó a V con contusión miocárdica, contusión pulmonar, lesión renal AKIN III,²⁸ y diabetes mellitus tipo II descontrolada al haberla descrito como paciente de la “6ª. década de vida”, quien evoluciona lentamente a la mejoría con diagnóstico de hemotórax derecho del 40%, con adecuado estado hemodinámico

²⁷ El mediastino es la parte del tórax que está entre el esternón y la columna vertebral y entre los pulmones, zona que contiene el corazón, vasos sanguíneos grandes, la tráquea, el timo, el esófago y tejidos conectivos.

²⁸ Elevación de 3 veces respecto a la concentración basal o creatininemia $\geq 4,0$ mg/dl ($\geq 353,6$ $\mu\text{mol/l}$) o inicio de tratamiento renal sustitutivo.

y sin dificultad respiratoria ni alteraciones gasométricas, sin datos clínicos ni radiográficos compatibles con hemotórax, por lo cual indicó que continuaría con estancia y tratamiento ya establecido, reportándola aún grave con riesgo elevado de complicaciones intrahospitalarias.

49. Personal médico de este Organismo Nacional destacó que AR2 tampoco realizó un adecuado interrogatorio a V, ni exploración física intencionada ni dirigida, ni adecuada semiología de su padecimiento al no haber investigado el origen de las opacidades basales de predominio derecho documentadas en los rayos X de tórax, aunado a que tampoco indicó la realización de electrocardiograma en carácter de urgente (el cual como se indicó debió realizarse dentro de los primeros diez minutos de su llegada con monitoreo cardiorrespiratorio continuo ante el riesgo potencial de compromiso de la vía aérea), por contusión miocárdica ni estudios complementarios como tomografía y/o ultrasonido de tórax, los cuales pudieron haberle permitido verificar que cursaba con hemotórax (acumulación de sangre en el espacio existente entre la pared torácica y el pulmón) y no obstante de haberla reportado con gravedad extrema, omitió la valoración por Terapia Intensiva y Cardiología por la contusión cardíaca que presentaba.

50. Por tanto, AR2 incumplió lo señalado en la GPC del Traumatismo de Tórax que sugiere el ultrasonido de tórax en pacientes con duda diagnóstica o inestabilidad hemodinámica inmediatamente cuando se cuente con dicho recurso; así como, lo establecido en la Literatura Médica Especializada en esa materia cuando establece la necesidad de que dicho diagnóstico sea el resultado de la combinación de historia clínica, examen físico, electrocardiograma, enzimas cardíacas, ecocardiografía y tomografía computarizada, resonancia magnética y/o medicina nuclear.

51. Aunado a que la sospecha de hemotórax debe considerarse en todo paciente que ingresa a Urgencias con antecedente reciente de trauma torácico, constituyéndose la radiografía de tórax el estudio inicial con proyecciones postero-anteriores idóneo, siendo las radiografías laterales en bipedestación (de pie) o decúbito lateral más sensibles para detectar derrames pequeños, el ultrasonido como parte de la evaluación inicial es útil cuando hay imposibilidad en el traslado del paciente y la tomografía de tórax confirma un hemotórax oculto o de presentación no habitual y debido a que permite evaluar su volumen cuando el diámetro es mayor a 1.5 cm. tiene cuatro veces más probabilidad de requerir drenaje pleural, por tanto, el manejo inicial de V debió haberse enfocado a la identificación de situaciones que comprometan la vida, control de sangrado y reanimación para controlar el estado hemodinámico sin soslayar que todo hemotórax debe ser evaluado en el momento del diagnóstico lo que AR2 omitió.

52. Pese a la gravedad de V, se advirtió que de las 01:45 horas cuando AR2 la revisó fue hasta las 18:00 horas del referido 7 de octubre de 2018, en que AR3 adscrito a Urgencias estableció como antecedente que inició “(...) el día de hoy a la 01:00 am. con dolor precordial súbito intensidad 7-10 que mejora a los 20 minutos quedando con disconfort (malestar) se agrega disnea de medianos esfuerzos, por lo que acude a esta Unidad Hospitalaria (...)”.

53. Y sin que registrara sus signos vitales, a la exploración física AR3 la encontró alerta, orientada, sin déficit neurológico, reflejos pupilares normales, campos pulmonares sin alteraciones, ruidos cardíacos rítmicos aumentados de intensidad y frecuencia sin soplos, abdomen sin alteraciones, miembros pélvicos con edema +, agregó que los resultados de sus laboratorios de la misma fecha demostraron “glucosa 707, creatinina 1.5, Na (sodio) 133, K (potasio) 4.5. cl 9.2 CPK (creatina-fosfocinasa) 1012, MB (medición de la isoenzima) 74.7, LDH (prueba de lactato deshidrogenasa) 1016, hb (hemoglobina) 14.2, plaquetas 277,

leucocitos 10.56”, lo que en opinión del especialista de esta CNDH indicaba que continuaba con elevación alarmante de los niveles de glucosa, desequilibrio electrolítico a expensas de disminución de sodio y cloro, falla renal leve con valores elevados de CPK-MB (creatinfosfoquinasa) indicativo de lesión cardíaca por el antecedente de traumatismo cerrado en tórax.

54. AR3 igualmente indicó que V cursaba elevación de enzimas cardíacas con dolor precordial,²⁹ cuyo electrocardiograma (sin que se conozca el momento en que se le realizó) se apreció “sin datos de lesión, se observan datos de necrosis en cara inferior”, por lo cual AR3 la diagnosticó con **condición de salud**

lo que ameritó su ingreso a Observación con ayuno, monitorización cardíaca continua y oxímetro, posición semisentado, cuantificación de líquidos, curva térmica, vigilancia de datos de déficit neurológico e inestabilidad hemodinámica, reporte de eventualidades, soluciones parenterales (solución salina 0.9% 250cc para 24 horas), protector de la mucosa gástrica (omeprazol), fármaco para reducir lípidos y colesterol en sangre (atorvastatina), antiagregante plaquetario (ácido acetil salicílico + clopidogrel), anticoagulante (enoxaparina), oxígeno suplementario por puntas nasales a tres litros por minuto, glucometría capilar cada cuatro horas con esquema de insulina de acción rápida, solicitud de enzimas cardíacas y troponina,³⁰ así como, electrocardiograma de control por su estado de salud grave.

²⁹ Malestar en el pecho que puede incluir dolor leve, sensación de ardor o agobio, dolor punzante agudo y dolor que se irradia hacia el cuello u hombros.

³⁰ Los estudios de enzimas cardíacas miden niveles de enzimas y proteínas vinculadas con lesión del músculo cardíaco y la troponina es un tipo de proteína que se encuentra en los músculos del corazón, normalmente no está en la sangre y cuando el músculo del corazón sufre un daño libera troponina al torrente sanguíneo y a medida que el daño en el corazón aumenta, libera más troponina en la sangre.

55. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se destacó que el manejo médico de AR3 fue inadecuado por no haber considerado que la gravedad en que se encontraba V ameritaba vigilancia estrecha, placa de rayos X urgente, ecocardiograma, tomografía de tórax y valoración por Cirugía General, Cardiología y Terapia Intensiva, de haberlo hecho como era lo obligado habría advertido oportunamente que cursaba hemotórax y contusión cardíaca, lo que al no haber considerado incidió en el incumplimiento a la precitada GPC del Traumatismo de Tórax y la bibliografía Médica Especializada que al respecto señala que la contusión cardíaca puede compararse con el síndrome coronario agudo al presentar alteraciones funcionales, bioquímicas y patológicas de las células cardíacas, siendo los límites de las lesiones y el tipo de necrosis presente lo que las diferencia, aspectos que AR3 no consideró en su revisión como se constató.

56. A lo anterior, se adiciona la información aportada en la Hoja de Enfermería del 7 de octubre de 2018 elaborada por AR4, AR5 y AR6 adscritos a dicha área sin que se pudiera determinar su respectiva intervención cuando establecieron lo siguiente:

56.1. A las 21:45 horas “(...) ingresa paciente procedente del servicio de filtro en este momento se instala y se coloca O2 por puntas nasales y monitor cardíaco, consciente, reactiva a su ingreso con collarín suave por trauma refiere aver (sic) sido atropellada por auto refiere dificultad para respirar, saturando 89 a 90% a su llegada niega otra molestia, niega alergias, refiere ser diabética, hemodinámicamente taquicárdica, hipotensa”.

56.2. De las 8:00 horas a las 24:00 horas se reportó a V, con hipotensión arterial y taquipnea por lo que se le administró “(...) 700 salina 0.9% PMVP I 7:30. 1000 Hartman p. carga I 13 30. 1000 Hartman p/2hrs I:13:30 T:15:30. 500 Hartman PVP.250 Fisiológica p/24hrs I19 T19. 500 Hartman p/carga I-22

T-23 (...)", lo que en opinión del personal médico de esta CNDH implicaba el suministro de sobrecarga hídrica total de 3940 ml. en veinticuatro horas.

56.3. Situación que contravino el reporte de control de líquidos de la misma fecha en el cual se describió "ingresos 3er turno 310, egresos 3er turno 400, balance total negativo -90", lo cual quebrantó las indicaciones prescritas por AR3, quien únicamente indicó "solución salina 0.9% 250cc para 24 horas".

57. En ese sentido, el personal médico de esta CNDH afirmó que AR4, AR5 y AR6 no sólo omitieron el adecuado control de ingresos y egresos de líquidos de V, sino además tampoco informaron al médico tratante o adscrito al turno, la disminución en las cifras de la presión arterial sistémica y aumento de la frecuencia respiratoria que ya presentaba, indicativo de un proceso obstructivo pulmonar como posteriormente se demostró, desestimando nuevamente su antecedente de aplastamiento en tórax que ameritaba vigilancia estrecha, ya que si bien, V padecía entidades clínicas de elevada mortalidad como el traumatismo cerrado de tórax también lo es que debió ser atendida adecuadamente sin que ello aconteciera por personal médico ni de enfermería como se ha constatado.

58. De esta manera, AR4, AR5 y AR6 inobservaron que la Literatura Médica Especializada en esa materia destaca que el edema condiciona el incremento de la tensión intersticial³¹ y el colapso alveolar³² manifestado con el incremento del cortocircuito intrapulmonar,³³ alteraciones en la relación ventilación, perfusión (paso de un fluido a través del sistema circulatorio o linfático a un órgano o tejido), mala distribución del gasto cardíaco e hipoxemia que condiciona incremento en el

³¹ Trastornos que en su mayoría provocan formación progresiva de cicatrices en el tejido pulmonar.

³² Se produce cuando las pequeñas bolsas de aire (alvéolos) que forman los pulmones se desinflan o posiblemente se llenan de líquido.

³³ Se produce cuando la sangre venosa mixta perfunde áreas extensas del pulmón no ventiladas y no se enriquece en O₂, produciendo mezcla venosa y empobreciendo el contenido arterial de O₂.



riesgo de requerimientos de intubación y ventilación mecánica, de ahí la importancia de que V fuera debidamente monitoreada para evitar sobrecarga circulatoria.

59. Lo anterior, propició que a las 09:30 horas del 8 de octubre de 2018, AR7 del servicio de Urgencias encontrara a V en franco deterioro en su estado de salud por datos de falla cardíaca caracterizado por disnea, intolerancia a la posición de decúbito (acostado boca arriba), hipotensión arterial 99/63 mmHg (normal 120/80 mmHg), frecuencia respiratoria aumentada de 26 respiraciones por minuto (normal de 16-20), fiebre de 37.8°C, concentración de oxígeno bajo 82% que mejoró con mascarilla reservorio al 92%.

60. En tanto, los resultados de laboratorio del 7 de ese mismo mes y año, en opinión del personal médico de este Organismo Nacional implicaba que V cursaba aumento de los niveles de glucosa y elevación de enzimas sugerentes de daño muscular cardíaco y falla renal leve, en tanto, el electrocardiograma demostró infradesnivel en la cara anterior indicador de disminución de riego sanguíneo al músculo cardíaco con riesgo de muerte súbita, por lo cual, AR7 la diagnosticó con

_____ con _____ de salud _____

_____.

61. Al respecto, el médico de esta CNDH consideró que AR7 también desestimó el antecedente de trauma cerrado de tórax que incidió en que se le reportara con estado de salud grave con riesgo de complicaciones letales, limitándose a prescribirle soluciones parenterales (solución salina 0.9% 250cc para 24 horas), protector de la mucosa gástrica, antiagregante plaquetario,

³⁴ Conjunto de síntomas donde el paciente cursa con dificultad para respirar, retención de líquidos y evidencia de alteración cardíaca estructural o funcional, el grado II indica ligera limitación de actividad física y el III, limitación de la actividad física, sin síntomas en reposo debido a que cualquier actividad física provoca aparición de los síntomas.

anticoagulante, mascarilla reservorio cinco litros por minuto, glucometría capilar cada cuatro horas, esquema de insulina de acción rápida, signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería, barandales en alto, posición semisentada, cuantificación de líquidos, curva térmica, vigilancia de datos de déficit neurológico e inestabilidad hemodinámica, así como, laboratorios de control (gasometría arterial, biometría hemática, química sanguínea, enzimas cardíacas), rayos X de tórax, electrocardiograma, ecocardiograma e interconsulta a Terapia Intensiva, sin que investigara el origen de la fiebre ni solicitud de ultrasonido de tórax de acuerdo a lo sugerido en la GPC del Traumatismo de Tórax, así como la valoración por Cardiología y Cirugía General, lo cual era indispensable ante el estado de gravedad en que persistía V.

❖ Terapia Intensiva del Hospital José María Morelos y Pavón del 8 al 17 de octubre de 2018

62. Dada la gravedad en el estado de salud de V, a las 13:40 horas del 8 de octubre de 2018, ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva donde permaneció hasta el 17 de ese mismo mes y año, con manejo médico y clínico adecuado de acuerdo atento a lo señalado en la Opinión Médica de este Organismo Nacional como se advierte enseguida.

63. Cuando PSP1 recibió a V la advirtió con frecuencia respiratoria aumentada de 30 respiraciones por minuto (normal 16-20), frecuencia cardíaca, tensión arterial, concentración de oxígeno, temperatura y llenado capilar normales, glucosa capilar ligeramente elevada a 110 mg/dL (valor de referencia 74-106 mg/dl), sin datos de focalización (alteración neurológica), sensibilidad y fuerza conservada, collarín cervical suave, ruidos cardíacos sin alteraciones y a nivel pulmonar con estertores gruesos diseminados en ambos hemitórax.

64. Lo que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional junto con los resultados de sus laboratorios de la misma fecha evidenciaban aumento de los niveles de glucosa, elevación de enzimas cardíacas por contusión cardíaca y falla renal, en tanto, los rayos X demostraron probable acumulación de sangre a nivel pleural secundario al traumatismo sufrido el 6 de octubre de 2018, por lo cual adecuadamente PSP1 la diagnosticó con contusión **condición de salud** [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

65. El 9 de octubre de 2018, PSP2 drenó mediante sonda endopleural a V, 950 ml. de material serohemático en 24 horas, líquido claro con sangre que en opinión del personal médico de esta CNDH se formó posterior al traumatismo padecido el 6 de ese mes y año, siendo adecuada y apegada dicho drenaje a la Literatura Médica Especializada que lo sugiere en pacientes con inestabilidad hemodinámica y/o cuyo hemotórax tenga volumen mayor de 300 ml., misma fecha en que atento a lo establecido en el artículo 19, del Reglamento de la LGS, PSP3 notificó el caso médico legal al Ministerio Público con diagnósticos de **condición de salud** [REDACTED] sin elevación del ST”, lo cual no fue considerado por AR1, AR2, AR3 ni AR7.

66. Debido a que el 10 de octubre de 2018, V refirió dolor en sitio de colocación de sonda endopleural derecha, PSP1 la pinzó por salida de líquido serohemático para valoración de apertura doce horas posteriores y/o retiro, lo cual incidió para que la radiografía de tórax de control de demostrará “opacidad heterogénea bilateral sin evidencia de derrame”, lo que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional permitió la remisión del hemotórax que presentaba V, a quien además se le brindó manejo clínico oportuno por la elevación de los niveles de glucosa en sangre a 270 mg/dl, anemia leve y su antecedente de trauma muscular

por elevación de la proteína que ayuda a producir energía en el cuerpo (deshidrogenasa láctica, LDH).

67. Si bien, el 11 de octubre de 2018, PSP4 reportó que V continuaba con hiperglucemia capilar 250 mg/dl, ventilación espontánea, estertores gruesos diseminados en ambos hemitórax (ruidos chasqueantes o estrepitosos en pulmones que se escuchan cuando la persona inhala), también lo es que no se integró síndrome pleuropulmonar,³⁵ también agregó que el 10 de ese mes y año, se le cambió pleurovac con gastó aproximado de 500 ml. en doce horas lo que en la Opinión Médica de esta CNDH significaba que el hemotórax estaba en proceso de resolución y para tratar la persistencia de la hiperglucemia, le modificó su esquema de insulina glargina (30 UI subcutánea) y continuó con insulina de acción rápida de rescate, agregando PSP5 el 12 de octubre de 2018 albúmina humana por drenaje endopleural funcional con salida de líquido en veinticuatro horas 265 cc., “retención hídrica en zonas declives”, acorde a la NOM-Para Disposición de Sangre Humana cuando indica que la albúmina humana es un fármaco que ayuda a mantener el líquido dentro del torrente sanguíneo sin que se filtre a otros tejidos.

68. Del 13 a 16 de octubre de 2018, V presentó mejoría transitoria con apoyo de oxígeno suplementario por mascarilla bolsa reservorio, sonda endopleural permeable y funcional con salida de material serohemático aún con persistencia de hiperglucemia de 193 mg/dl, inclusive se advirtió que el 14 de ese mes y año requirió hipoventilación pulmonar (respiración superficial o lenta) con esquema antibiótico profiláctico y para el 15, PSP1 reportó estertores gruesos diseminados en ambos hemitórax, documentándose en las Hojas de Enfermería la salida por sonda endopleural en veinticuatro horas de 160 ml. con balance de líquidos negativo de 370 ml., lo que en opinión del personal médico de este Organismo

³⁵ Los síndromes pleuropulmonares son un conjunto sistematizado de signos que tienen como base un estado patológico producido por múltiples causas por lo cual ameritan una exploración física minuciosa con estudios de gabinete como radiografías.

Nacional implicaba que V no estaba reteniendo líquidos ya con resolución del hemotórax.

69. Debido a que el 16 de octubre de 2018, radiológicamente se reportó con parénquima pulmonar derecho totalmente expandido, PSP2 le retiró la sonda endopleural y solicitó rayos X de control con vigilancia de la dificultad respiratoria y adecuadamente modificó su esquema antibiótico (linezolid) y agregó sustituto de plasma en dosis única (hemacell 500 ml.).

70. El 17 de octubre de 2018, presentó hipotensión 97/64 mmHg, frecuencia cardíaca aumentada 104 latidos por minuto, hiperglucemia de 212 mg/dL, área cardíaca con ruidos rítmicos de buena intensidad, demostrando los laboratorios del día anterior, hiperglucemia de 171 mg/dl, condición de salud y disminución de niveles de albúmina, en tanto, enfermería documentó balance neutro de líquidos (relación igualitaria entre la cantidad de líquidos administrados y eliminados en un tiempo determinado) y placa de control con expansión del pulmón en tórax derecho sin deterioro en otros órganos y sistemas, por lo que se continuó con el manejo establecido.

71. A las 12:40 horas del mismo 17 de octubre de 2018, PSP1 envió muestras de “cultivo para todos los niveles” y debido a que V mostraba ventilación espontánea sin datos de dificultad respiratoria ni síndrome pleuropulmonar, indicó su alta con envió a Medicina Interna para continuación de su manejo médico especializado con diagnóstico de condición de salud en control y caso médico legal.

72. Decisión que en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se apegó a la NOM-Para Organización y Funcionamiento de las UCI, cuyo punto 5.6.1 prevé

que cuando se solucionen los problemas que motivaron el ingreso del paciente a la UCI se traslade a otro servicio para “cuidado progresivo del paciente”, o bien, cuando se hubieren agotado sus posibilidades de mejoría, de ahí que se afirme que la atención médica brindada a V en la UCI fue adecuada.

❖ Medicina Interna del Hospital José María Morelos y Pavón del 17 al 21 de octubre de 2018

73. V ingresó a Medicina Interna a las 19:20 horas del 17 de octubre de 2018, donde AR8 adscrito a dicho servicio la apreció con disminución de la presión arterial a 100/60 mmHg, taquipnea de 28 respiraciones por minuto, a nivel pulmonar con disminución del murmullo vesicular subescapular derecho, estertores crepitantes subescapular izquierdo, ruidos cardíacos rítmicos, abdomen con panículo adiposo, peristalsis presente (movimientos intestinales), extremidades sin edema (inflamación), sitio de retiro de la sonda endopleural sin datos de sangrado, entre otros, por lo cual la diagnosticó como “policontundida, trauma cerrado de tórax, hemotórax cerrado, postoperada de colocación de sonda endopleural derecha, contusión pulmonar, probable contusión miocárdica, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus tipo 2, lesión renal aguda AKIN I en remisión” e indicó oxígeno por puntas nasales.

74. Además, solicitó rayos X de tórax y electrocardiograma con dieta para condición de salud, posición semisentada, sonda vesical a derivación, protección de salientes óseas, cuidados de sondas y catéteres, medidas anti escaras y antitrombóticas, colutorio y cepillado dental tres veces al día, glucometría capilar cada cuatro horas con esquema de insulina de acción rápida subcutánea, baño diario, soluciones parenterales (solución salina 250 ml. al 0.9% para veinticuatro horas), protector de la mucosa gástrica, anticoagulante, antipirético, diurético, broncodilatadores, esteroide inhalado, analgésico opiáceo y antibiótico.

75. Sin embargo, en opinión del especialista de esta CNDH, AR8 omitió solicitar enzimas cardíacas y ecocardiograma para brindarle a V un real manejo especializado junto con valoración por Cardiología por su diagnóstico de cardiopatía isquémica y su antecedente de contusión cardíaca, al respecto, la GPC de la Insuficiencia Cardíaca Aguda sugiere que a pacientes con dicha sospecha se les realice ecocardiografía transtorácica tan pronto como sea posible a fin de identificar alteraciones estructurales, lo cual no consideró como se constató.

76. Para el 18 de octubre de 2018, AR9 adscrito también a Medicina Interna describió a V con persistencia en la hipotensión 100/57 mmHg, refiriéndole “leve disnea sin dolor”; a la exploración física la describió con campos pulmonares hipoventilados (respiración lenta en ambos pulmones que no satisface las necesidades del cuerpo), escasos estertores crepitantes de predominio derecho y ruidos cardíacos rítmicos y con base en el resultado de sus estudios de laboratorio del 17 de ese mes y año, los cuales evidenciaron aumento de los niveles de glucosa en sangre por cifras 259 mg/dl, por lo cual la diagnosticó con “neumotórax resuelto secundario a trauma torácico y miocardio secundario a aplastamiento por puerta de camión en accidente automovilístico”, solicitó enzimas cardíacas, radiografía de control, laboratorios de rutina y agregó esteroide inhalado y terapia respiratoria con micronebulizaciones, estableciéndole pronóstico funcional para la vida reservado a evolución.

77. En la Opinión Médica de esta CNDH se destacó que AR9 omitió, en esa valoración y la realizada el 19 de octubre de 2018, la ampliación del protocolo de estudio de V, por sus campos pulmonares hipoventilados y estertores de predominio derecho, aunado a que tampoco le realizó adecuada valoración médica ni monitoreo cardio ventilatorio estrecho para documentar un diagnóstico de certeza y así brindarle tratamiento idóneo, aunado a que tampoco consideró su

valoración por Terapia Intensiva nuevamente, por lo cual AR9 inobservó el contenido de la precitada NOM-Para Organización y Funcionamiento de las UCI.

78. Como consecuencia de la falta de vigilancia y manejo médico estrecho de V, en la revisión de las 07:30 horas del 20 de octubre de 2018, AR10 adscrito a Medicina Interna del Hospital José María Morelos y Pavón reseñó que a las 05:30 horas inició con acceso de tos, sibilancias audibles a distancia, desaturación hasta 78% pese a oxígeno suplementario con 3.5 litros por minuto, iniciándose terapia con broncodilatadoras inhalados y micronebulizaciones y esteroides IV sin mejoría significativa, con disnea hasta diaforesis y utilización de los músculos accesorios de ventilación aunado al incremento de glucemia a 326 mg/dl que ameritó insulina de acción rápida y debido a que “el evento (sic) ventilatorio no mejorar (sic)” se decidió maniobras avanzadas de la vía con intubación orotraqueal y asistencia mecánica ventilatoria, dejándola con infusión continua con midazolam y con diagnóstico de “espasmo bronquial severo con falla ventilatoria que requirió asistencia mecánica ventilatoria, **condición de salud**”, esto es, con un estado de salud muy grave.

79. En ese sentido, en la Opinión Médica de esta CNDH se destacó que AR10 omitió solicitud de rayos X de control -como era lo obligado-, lo que le hubiera permitido percatarse de que V cursaba un **condición de salud** que ameritaba valoración e ingreso a la UCI ya que contaba con criterios para ello en acatamiento a la precitada NOM-Para Organización y Funcionamiento de las UCI.

80. Destacándose además en la precitada Opinión Médica lo siguiente:

80.1. De acuerdo con la Hoja de Enfermería, a las 09:00 horas del 21 de octubre de 2018, personal de dicha área de quien no fue posible establecer su identidad reportó a V con 36.8°C de temperatura, taquicardia de 144 latidos

por minuto, aumento de frecuencia respiratoria de 23 respiraciones por minuto, presión arterial baja de 117/67 mmHg; a las 12:00 horas con aumento de frecuencia cardíaca a 125 latidos por minuto, taquipnea de 23 respiraciones por minuto e hipotensión arterial severa de 89/61 mmHg, lo que de acuerdo a la precitada Opinión Médica era indicativo de que se encontraba hemodinámicamente inestable, por lo cual se le colocó sonda nasogástrica.

80.2. A las 16:00 horas, V persistía con taquicardia de 112 latidos por minuto, taquipnea de 21 respiraciones por minuto e hipotensión arterial de 94/66 mmHg, siéndole colocado a las 17:30 horas un catéter subclavio para administración de líquidos y fármacos (sin que obre constancia del control radiográfico posterior), y además se le administró: “(...) 250 salina 0.9% p24 horas I.7:00 T.7:00, 1000 salina 0.9% p724 horas I. 15:00 T. 15:00, 100 salina 0.9 + 400 mg tramadol p/24 hrs I18:30 T. 18:30, 150 sol glucosada al 5% + 1 ampula de midazolam a 40 ml. x hora I.15:00hrs (...)”, indicativo de que personal de enfermería de quien como se señaló no fue posible establecer su identidad le administró 1500 ml., lo que constituyó sobrecarga hídrica sin que se advirtiera registro de toma de destroxtis pese a que se había prescrito.

80.3. Por tanto, se deberá investigar los datos de identidad del personal de enfermería que indicó lo anterior al no haber realizado el balance de líquidos ni haber informado al médico tratante o adscrito que V tenía hipotensión y taquicardia indicativo de derrame pleural, así como, por la omisión en la toma de niveles de glucosa cada cuatro horas según lo indicado, a lo que se suma el hecho de haberse desestimado su antecedente de trauma cerrado de tórax que ameritaba vigilancia estrecha al ser una entidad clínica de elevada mortalidad, particularidad que ameritaba atención estrecha, adecuada y de calidad la cual no recibió, evidenciándose incumplimiento a la NOM-Para la Práctica de Enfermería cuyo punto 5.8.3. establece que se debe asumir el

compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos de acuerdo con su ámbito de competencia, lo cual no aconteció como se acreditó.

80.4. Tampoco se omite señalar que el personal médico que atendió a V el mismo 21 de octubre de 2018 no dejó nota de evolución, quien además en opinión del personal médico de este Organismo Nacional omitió la adecuada valoración y monitoreo cardio ventilatorio estrecho de V quien necesitaba un diagnóstico de certeza con tratamiento idóneo e indicación en el manejo de líquidos con solicitud de balance estricto, laboratorios de control, cifras de glucosa, placa de rayos X de control como era obligado, en consecuencia, deberán investigarse si identidad para que en su caso se deslinde la responsabilidad que corresponda, de haberlo realizado se hubiera percatado del derrame pleural de V el cual ameritaba su reingreso a la UCI, lo que no sucedió e incidió en su avance al deterioro.

81. Como se indicó, el hecho de que a V no se le estableciera un diagnóstico de certeza con tratamiento oportuno e idóneo incidió para que el mismo 21 de octubre de 2018, presentara paro cardiorrespiratorio que no cedió a maniobras de reanimación cardiopulmonar por 25 minutos, reportándose a las [redacted] horas su lamentable fallecimiento por “traumatismo de tórax” y debido a que su ingreso al Hospital José María Morelos y Pavón derivó de un accidente en una unidad de transporte público acontecido aproximadamente a las 16:00 horas del 6 de octubre de 2018, siendo atendida inicialmente en el Hospital Privado 1 empero ante la persistencia de su malestar, el 7 de octubre de ese año, acudió a Urgencias del Hospital José María Morelos y Pavón donde como consecuencia de la inadecuada atención médica que se le proporcionó en los servicios de Urgencias y Medicina Interna, el 21 de octubre de ese mismo año perdió la vida, por lo cual, a las 08:45 horas de 22 del referido mes y anualidad, un perito adscrito al Instituto Nacional de

Ciencias Forenses en la Ciudad de México realizó la necropsia de ley, en la cual concluyó que V falleció **condición de salud**

lo que en opinión del personal médico de esta CNDH confirmó la inadecuada atención médica recibida por especialistas adscritos a Urgencias, Medicina Interna y personal de enfermería del Hospital José María Morelos y Pavón.

82. El 3 de noviembre de 2018, un perito patólogo forense del Instituto Nacional de Ciencias Forenses destacó del examen histopatológico de las vísceras del cadáver de V: “(...) **condición de salud**

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

83. AR1, AR2, AR3, AR7, AR8, AR9 y AR10 adscritos al Hospital José María Morelos y Pavón, así como, AR4, AR5 y AR6 del área de Enfermería vulneraron el adecuado cumplimiento de sus funciones al haber omitido la apropiada prestación del servicio al que estaban obligados proporcionar en cada una de sus intervenciones, evidenciando las irregularidades acreditadas el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión por no haberse apegado a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica y de enfermería para evitar las conductas señaladas que derivaron en la falta de acceso a la salud de V con la consecuente pérdida de la vida ante la falta de atención idónea y de calidad que estaban obligados a brindarle, ya que sus hallazgos ameritaban atención especializada inmediata para limitar la progresión de su padecimiento generado a consecuencia del accidente que vivenció el 6 de octubre de 2018, la cual no se le proporcionó.

84. Además, incumplieron el punto 4.1.1, de la NOM-Que establece criterios de funcionamiento y atención en Urgencias, así como, el artículo 72, del Reglamento de la LGS, que de manera coincidente definen a la urgencia como todo problema médico-quirúrgico que ponga en peligro la vida, supuesto ante el cual V se encontró en diversas ocasiones sin que contara con un diagnóstico de certeza ni tratamiento idóneo lo cual incidió en el avance progresivo de su sintomatología hasta la pérdida de la vida como se valoró.

85. Igualmente, vulneraron los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, 4, párrafo cuarto, constitucionales, 1, 2, fracciones I, II y V, 3, fracción II, 23, 27, fracción III, 32, 33 fracción I y II, 51 párrafo primero y fracción XII del ordinal 77 bis 37 de la LGS; 7, fracciones I y V, 8, fracción II, 9 y 48, 29 y 48, 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, sin soslayar que conforme a los artículos 3, fracciones I y V, 8 y 51, del Reglamento del ISSSTE, dicho Instituto está obligado a proteger, promover y restaurar la salud mediante acciones que permitan un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y eficaz que incluya especialidades, lo cual no sucedió generándoles responsabilidad al haber vulnerado su derecho humano a la protección a la salud con calidad, calidez y oportunidad máxime que su consecuencia derivó en la pérdida de la vida de V por traumatismo de tórax, vulnerándose su derecho humano a la vida como se analiza enseguida.

C. DERECHO HUMANO A LA VIDA

86. 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.

87. 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 (...)”.³⁶

88. Además, 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.

89. 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, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)”,³⁷ asimismo, “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el

³⁶ 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.

³⁷ “*Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala*”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párr.144.

presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...).³⁸

90. 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”.³⁹

91. El derecho a la vida y a la protección a la salud tienen profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana,⁴⁰ de ahí que en el caso particular, las evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR7, AR8, AR9 y AR10 adscritos al Hospital José María Morelos y Pavón, así como, AR4, AR5 y AR6 del área de Enfermería constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida con base en lo siguiente.

C.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA VIDA DE V

92. Como se mencionó, **fecha de fallecimiento**, V falleció por traumatismo de tórax, entidad clínica condicionada y favorecida por el

³⁸ “Caso Familia Barrios vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, párr. 48.

³⁹ CNDH. Recomendaciones: 153/2022, párr. 40, 75/2017, párr. 61, entre otras.

⁴⁰ “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, párr.117.

aplastamiento torácico por la puerta del camión acontecida el 6 de ese mismo mes y año, lo que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional ameritaba que el personal de salud que le brindó atención inicial extremara precauciones para otorgarle un manejo médico adecuado con un diagnóstico de certeza y tratamiento adecuado máxime que el ISSSTE contaba con el recurso humano e infraestructura para ello, incluso se precisó que de haberlo realizado se le habría brindado mejor pronóstico de sobrevivida al cual tenía derecho y que lamentablemente no sucedió como se acreditó.

93. Derivado de la inadecuada atención médica proporcionada a V fue evidente la evolución de su estado de salud al deterioro de ahí que personal médico de esta CNDH concluyó que la atención que recibió en los servicios de Urgencias y Medicina Interna del Hospital José María Morelos y Pavón fue inadecuada desde su arribó con dolor torácico, esto es, el 7 así como durante el 8 y del 17 al 21 de octubre de 2018 debido a que AR1, AR2, AR3, AR7, AR8, AR9 ni AR10 le realizaron un adecuado protocolo de estudio con motivo de la contusión cardíaca y pulmonar que presentaba con motivo del accidente que sufrió para que la diagnosticaran con certeza y tratamiento adecuado.

94. Por su parte, AR4, AR5 y AR6 durante el 17 de octubre de 2018 y demás personal de enfermería que la atendió el 21 de ese mes y año, de quienes se deberán investigar datos omitieron la realización de un adecuado control de ingresos y egresos, así como, informar al médico tratante o adscrito al turno que cursaba hipotensión y aumento de la frecuencia respiratoria, lo cual se sumó a su inadecuado manejo médico lo cual derivó en vulneración a su derecho humano a la salud y a la vida de V como se acreditó.

95. Los informes presentados por AR9, PSP1 y PSP5 coinciden con las notas de evolución valoradas, sin que pase inadvertido por este Organismo Nacional

que aun cuando el Comité de Quejas Médicas en el ISSSTE en su primera sesión ordinaria dictaminó como improcedente caso que nos ocupa por haber señalado que no existió deficiencia médica ni administrativa por su personal, sin que ahondara al respecto, en la Opinión Médica elaborada por esta CNDH se evidenciaron irregularidades en la atención médica y de enfermería de V que genera responsabilidad de las personas servidoras públicas previamente citadas.

96. Se reitera que V tenía derecho a ser atendida de manera integral para un diagnóstico y tratamiento certero, contrario a ello, la falta de exploración física e interrogatorio dirigido contribuyeron a su deficiente proceso inicial al no haberse considerado el trauma torácico que presentaba como consecuencia del accidente acontecido en una unidad de transporte público el 6 de octubre de 2018, lo cual incidió en el derrame pleural que presentó a lo que se adiciona el detrimento en su estado de salud y descompensación en la glucosa, entre otros factores de riesgo, lo que la hacían merecedora de vigilancia estrecha con valoración por Cardiología y Cirugía General al inicio y cuando estuvo en Medicina Interna por la UCI dada su gravedad, lo cual hubiera limitado la progresión de su padecimiento y evitarse que se pusiera en riesgo su vida como aconteció, aspectos que no fueron considerados por los médicos tratantes ni por el personal de enfermería citado, generándoles responsabilidad en los términos establecidos.

97. Por otra parte, a fin de garantizar la adecuada atención médica de los pacientes se debe considerar los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la ONU,⁴¹ integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de toda 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

⁴¹ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “*Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*”.

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 acciones para alcanzarla mediante el reforzamiento de servicios hospitalarios en los que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones y omisiones de su encargo y diagnostique a los pacientes oportunamente con los medios a su alcance y protocolos para el padecimiento de cada caso particular.

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

98. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho al libre acceso a información, determinando que el Estado es el encargado de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”⁴²

99. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017,⁴³ esta Comisión Nacional consideró que “(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”; en tanto en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, la CrIDH indicó que, “un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para

⁴² 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.

⁴³ CNDH. “*Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud*”, 31 de enero de 2017.

controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”.⁴⁴

100. La NOM-Del Expediente Clínico establece que éste “(...) es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección a la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las (...) intervenciones del personal (...), el estado de salud del paciente; (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”.⁴⁵

101. 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. 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.⁴⁶

⁴⁴ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párr. 68.

⁴⁵ Introducción, párr. dos.

⁴⁶ CNDH, párr. 34.

102. Del análisis al expediente clínico de V, personal médico de esta Comisión Nacional destacó las siguientes irregularidades en su integración.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

103. El especialista en medicina de esta CNDH destacó de manera general omisiones a los lineamientos de la NOM-Del Expediente Clínico al haber advertido constancias en desorden, ausencia de notas médicas de Enfermería, de indicaciones médicas, nombres del personal de salud y notas médicas sin continuidad, por lo cual se solicitará la emisión de una circular para que personal de los servicios de Urgencias y Medicina Interna del referido nosocomio ajusten sus notas a la precitada Norma Oficial Mexicana.

104. En ese sentido, algunas de las notas elaboradas por AR1, AR2, AR3, AR7, AR8, AR9 y AR10, así como en la Hoja de Enfermería suscritas por AR4, AR5, AR6, omitieron nombre completo, clave y/o cédula profesional, en tanto, la Hoja de Enfermería del 21 de octubre de 2018 se advirtió sin datos de quien la realizó, por lo cual dichas personas servidoras públicas incumplieron el punto 5.10, de la NOM-Del Expediente Clínico, establece que las particularidades de las notas de todo expediente, misma fecha en la cual el personal médico que atendió y valoró a V omitió dejar nota de evolución con lo vulneró el punto 8.3., de la precitada Norma Oficial Mexicana, debiéndose investigar su identidad para que en su caso se deslinde la responsabilidad administrativa que corresponda.

105. AR2 omitió la solicitud de interconsulta pese a que el punto 6.3. de la referida Norma Oficial Mexicana establece dicha obligación cuando se requiera debiendo dejar constancia en el expediente clínico; a su vez, AR3 omitió toma de signos vitales en la revisión realizada a V, el 7 de octubre de 2018, con lo cual

incumplió el punto 6.1.2. del preciado ordenamiento.

106. Las omisiones en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR7, AR8, AR9 y AR10 adscritos a diversos servicios del Hospital José María Morelos y Pavón, así como, AR4, AR5 y AR6 del área de Enfermería, si bien en opinión del personal médico de este Organismo Nacional no incidieron en la evolución de la enfermedad de V, sí constituyen falta administrativa, lo cual es de relevancia porque representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos del paciente, o bien, para deslindar responsabilidades, por lo cual se vulneró el derecho de V, así como de QV, VI1, VI2 y VI3 a que se conociera la verdad, por lo que se reitera la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal en el manejo adecuado del expediente clínico al ser responsables solidarias de su cumplimiento.

E. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

107. La responsabilidad de los médicos AR1, AR2, AR3, AR7, AR8, AR9 y AR10, así como, AR4, AR5 y AR6 personal del área de Enfermería del Hospital José María Morelos y Pavón provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención proporcionada a V en reiteradas ocasiones, lo cual culminó en la violación a su derecho humano a la protección a la salud que derivó en la pérdida de la vida como se constató con base en lo siguiente:

107.1. AR1, AR2, AR3, AR7, AR8, AR9 y AR10 omitieron un adecuado protocolo de estudio en una paciente con contusión cardíaca y pulmonar a fin de que integraran un diagnóstico con tratamiento adecuado.

107.2. En tanto, personal de enfermería AR4, AR5, AR6 y el personal de salud no identificado que realizó la Hoja de Enfermería del 21 de octubre de 2018 omitieron un adecuado control de ingresos y egresos, así como,

informar al médico tratante o adscrito al turno, que V presentaba hipotensión y aumento de la frecuencia respiratoria y en la última fecha toma de destroxitis cada cuatro horas.

108. Lo que en su conjunto incidió en la lamentable pérdida de la vida de V, por lo que se afirma que dichas personas servidoras públicas omitieron brindarle la atención médica de calidad y oportunidad para evitar el desenlace conocido ya que en opinión del personal médico de esta CNDH el traumatismo de tórax como causa de su deceso es una entidad clínica condicionada y favorecida por el aplastamiento torácico por la puerta del camión, razón por la cual, el personal de salud que valoró y/o atendió debió extremar precauciones y otorgarle un manejo médico adecuado, con lo cual le habría brindado un mejor pronóstico de sobrevida al cual tenía derecho y que no sucedió.

109. Las irregularidades en la integración del expediente clínico de V también constituyen responsabilidad para los citados profesionistas y quienes resulten responsables por haber vulnerado el derecho al acceso a la información en materia de salud en agravio de V, de QV, VI1, VI2 y VI3.

110. Este Organismo Nacional acreditó que las acciones y omisiones atribuidas al personal médico y de enfermería de referencia constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas en términos de lo dispuesto por el artículo 7, fracciones I, V y VII, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, en relación con el artículo 252, de la Ley del ISSSTE, vigentes al momento de los hechos, pues aun cuando la labor médica no garantice la curación de una persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y las circunstancias concurrentes contribuyen a su mejoramiento, lo cual no aconteció.

111. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente denuncia ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de los médicos y personal de enfermería referido por la inadecuada atención médica de V, así como respecto a las advertidas en la integración del expediente clínico, además deberá indagar la identidad del personal de enfermería y del personal médico que la atendió el 21 de octubre de 2018, para que en su caso determine las responsabilidades con motivo de violaciones a derechos humanos acreditadas.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

112. 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.

113. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131, de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud y a la vida de V, así como al acceso a la información en materia de salud en su agravio, así como, de QV, VI1, VI2 y VI3 a quienes se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

114. Siendo aplicable lo establecido en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23, de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” de las Naciones Unidas y diversos criterios de la CrIDH, al considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

115. El ISSSTE deberá solicitar a la CEAV, asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV, VI1, VI2 y VI3, a fin de que dicho Instituto realice un pago justo con motivo de las violaciones a derechos humanos acreditadas de conformidad con los artículos 1,

145, 146 y 152, de la Ley General de Víctimas, en los términos siguientes:

i. Medidas de Rehabilitación

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

117. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar en su caso, a QV, VI, VI2 y VI3, atención psicológica y tanatológica por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas con motivo del fallecimiento de V.

118. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en lugar accesible con consentimiento de las víctimas indirectas con información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado, debiendo considerar en su caso, medicamentos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto segundo.

ii. Medidas de Compensación

119. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III y 64 a 72, de la Ley General de Víctimas y consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la

CrIDH, comprende: “(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...) así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”.⁴⁷

120. La compensación deberá otorgarse a QV a su nombre y en representación de VI1, VI2 y VI3 de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos de V considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas evaluables que sean consecuencia de la violación de sus derechos humanos; es por ello que el ISSSTE, en coordinación con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas deberán valorar el monto a otorgar como compensación, que conforme a derecho corresponda, derivado de las afectaciones por las violaciones a los derechos humanos; para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la referida Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero.

iii. Medidas de Satisfacción

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

122. De ahí que deberán colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que se presentará en el Órgano Interno

⁴⁷ “Caso *Palamara Iribarne Vs. Chile*” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.

de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, por la inadecuada atención médica y de enfermería proporcionada a V, así como respecto a las advertidas en la integración del expediente clínico, debiendo además indagar la identidad del personal médico y de enfermería que la atendió el 21 de octubre de 2018, para que en su caso se determine lo que conforme a derecho corresponda y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos. Sin omitir que el Instituto informó que AR3 ya no se encuentra activo laboralmente. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero.

iv. Medidas de no repetición

123. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75, de la Ley General de Víctimas, consisten en implementar acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su la prevención, por lo cual el Estado deberá adoptar medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

124. Las autoridades del ISSSTE, deberán implementar un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud basado en la GPC de la Insuficiencia Cardíaca Aguda, GPC del Traumatismo de Tórax, NOM-Para Organización y Funcionamiento de las UCI, NOM-De Criterios de Funcionamiento y Atención en Urgencias, NOM-Para Disposición de Sangre Humana con Fines Terapéuticos y del Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma dirigidos al personal de Urgencias y Medicina Interna del Hospital José María Morelos y Pavón, esto es, AR1, AR2, AR7, AR8, AR9 y AR10, así como, uno diverso de la NOM-Para la Práctica de Enfermería dirigido a AR4, AR5 y AR6, y para ambos, esto es, para el personal médico como de enfermería respecto a la debida observancia de la NOM-Del Expediente Clínico. Debiendo estar disponibles de forma electrónica y



en línea para que pueda ser consultado con facilidad. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto cuarto.

125. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigir una circular al personal de Urgencias y Medicina Interna del Hospital José María Morelos y Pavón con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional, debiéndose supervisar seis meses al igual que el cumplimiento de las otras medidas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto quinto.

126. 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. Colabore en el trámite ante la CEAV, con la finalidad de que V, QV, VI1, VI2 y VI3 sean inscritos en el Registro Nacional de Víctimas a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación acompañada del Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento Recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado, que incluya la compensación justa en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la CEAV, se otorgue atención psicológica y tanatológica que requiera QV, VI1, VI2 y VI3 por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas y proveerle en su caso los medicamentos que requiera. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible con su consentimiento; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9 y AR10, por las omisiones precisadas en los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación, así como, respecto a las advertidas en la integración del expediente clínico, además deberá indagar la identidad del personal médico y de enfermería que atendió a V el 21 de octubre de 2018, para que en su caso se determine lo que conforme a derecho corresponda, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Impartir en el plazo de seis meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud basado en la GPC de la Insuficiencia Cardíaca Aguda, GPC del Traumatismo de Tórax, NOM-Para Organización y Funcionamiento de las UCI, NOM-De Criterios de Funcionamiento y Atención en Urgencias, NOM-Para Disposición de Sangre Humana con Fines Terapéuticos y del Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma dirigidos al personal de Urgencias y Medicina Interna

del Hospital José María Morelos y Pavón, entre ellos, AR1, AR2, AR7, AR8, AR9 y AR10, así como, uno diverso de la NOM-Para la Práctica de Enfermería dirigido a AR4, AR5 y AR6 y para ambos, esto es, personal médico y de enfermería, respecto a la debida observancia de la NOM-Del Expediente Clínico; los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso y deberán impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias otorgadas a los asistentes, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigir una circular al personal de Urgencias y Medicina Interna del Hospital José María Morelos y Pavón con medidas adecuadas de supervisión en la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica que garanticen que se agoten las instancias pertinentes para satisfacer los tratamientos médicos conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; lo cual deberá supervisarse seis meses con el resto de las medidas para garantizar su no repetición, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

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

127. 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 1°, 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.

128. 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.

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

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

PRESIDENTA



MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA