COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE MÉXICO

"2022. Año del Quincentenario de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

EXPEDIENTE: CODHEM/ATL/314/2021

RECOMENDACIÓN 07/2022

SOBRE LA INAPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES ENTRE UNIDADES MÉDICAS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE ESPECIALIDAD EN EL HOSPITAL GENERAL DE JILOTEPEC

DERECHO PRINCIPAL: DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

DERECHOS RELACIONADOS: DERECHO DE ACCESO A LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA, DERECHO A LA DEBIDA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, RELATIVO AL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LAS PERSONAS, A RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ SOBRE LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS, A OTORGAR EL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO Y DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA.

Toluca de Lerdo, México; 02 de diciembre de 2022

MTRO. FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ CLAMONT
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD
DEL ESTADO DE MÉXICO
P R E S E N T E

1. La Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16 párrafos primero y tercero de la Constitución Política del

Estado Libre y Soberano de México;[1] 1, 2, 13 fracciones I, III y VIII, 28 fracción XIV, 99 fracción III, 100, 103 y 104 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, [2] 2, 99 y 100 de su Reglamento Interno,[3] procedió a examinar los hechos y

---

[1] **Artículo 16.-** La Legislatura del Estado establecerá un organismo autónomo para la protección de los derechos humanos que reconoce el orden jurídico mexicano, el cual conocerá de quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa, provenientes de cualquier autoridad o servidor público del Estado, o de los municipios que violen los derechos humanos. Este organismo formulará recomendaciones públicas no vinculatorias, así como denuncias y quejas ante las autoridades respectivas.
[...]
El organismo que establecerá la Legislatura del Estado se denominará Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, contará con autonomía de gestión y presupuestaria, personalidad jurídica y patrimonio propio.

[2] **Artículo 1.-** Las disposiciones de esta Ley son de orden público, interés social y observancia general en el Estado de México, en términos de lo establecido por los artículos 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 16 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
Artículo 2.- La presente Ley tiene por objeto establecer las bases para la protección, observancia, respeto, garantía, estudio, promoción y divulgación de los derechos humanos que ampara el orden jurídico mexicano; así como los procedimientos que se sigan ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.
Artículo 13.- Para el cumplimiento de sus objetivos la Comisión tiene las atribuciones siguientes:
I. Conocer de quejas o iniciar de oficio investigaciones, sobre presuntas violaciones a derechos humanos, por actos u omisiones de naturaleza administrativa de cualquier autoridad o servidor público estatal o municipal;
[...]
III. Sustanciar los procedimientos que correspondan, en los términos previstos por esta Ley y demás disposiciones aplicables;
[...]
VIII. Formular recomendaciones públicas no vinculatorias y demás resoluciones que contemple esta Ley;
[...]
Artículo 28.- La o el Presidente tiene las facultades y obligaciones siguientes:
XIV. Aprobar y emitir Recomendaciones públicas no vinculatorias; así como Resoluciones de no Responsabilidad;
Artículo 99.- La Comisión puede dictar las resoluciones siguientes:
[...]
III. Recomendaciones: cuando se comprueben las violaciones a derechos humanos;
[...]
Artículo 100.- Las Recomendaciones y las Resoluciones de no Responsabilidad, deben contener los fundamentos legales, principios jurídicos, criterios generales aplicables, razonamientos de las partes y valoración de las pruebas; así como las consideraciones que las motiven y sustenten.
[...]
Artículo 103.- Las Recomendaciones y las Resoluciones de no Responsabilidad deben referirse a casos concretos, los cuales no son aplicables a otros por analogía o mayoría de razón.
Artículo 104.- La Comisión debe notificar al quejoso y al superior jerárquico de las autoridades o servidores públicos, relacionados con las violaciones a derechos humanos, las resoluciones que deriven de los procedimientos a que se refiere el presente Título, de conformidad con el Reglamento Interno.

[3] [3] **Objeto de la Comisión**
Artículo 2.- La Comisión de Derechos Humanos del Estado de México como organismo autónomo, tiene a su cargo la protección de los derechos humanos de conformidad con lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los instrumentos internacionales, la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México y demás ordenamientos legales.
Contenido de la Recomendación
Artículo 99.- Las Recomendaciones emitidas por el Organismo deberán contener como mínimo los siguientes elementos:
[...]
I. Autoridad a la cual se dirige;
II. Descripción de los hechos violatorios de derechos humanos;
III. Evidencias que demuestran la violación a derechos humanos;
IV. Análisis de evidencias, razonamientos lógico-jurídicos y de equidad en los que se soporte la convicción sobre la violación de derechos humanos reclamada; y

las evidencias del expediente CODHEM/ATL/314/2021 del índice de la Visitaduría General sede Atlacomulco, enunciados al epígrafe, en agravio de V.

2. La presente Recomendación se encuentra coordinada por la Primera Visitaduría General bajo los criterios dispuestos en los artículos 13, fracción II y 16, fracción III del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.[4]

3. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4° de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México,[5] concatenado con los numerales 91 y 143, fracción I de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.[6] No se omite precisar que dicha información se hace del conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un anexo confidencial en el

---

V. Recomendaciones.
Notificación de la Recomendación
Artículo 100.- Una vez emitida la Recomendación, ésta se notificará al quejoso y al superior jerárquico de las autoridades o servidores públicos relacionados con las violaciones a derechos humanos, dentro de los tres días hábiles siguientes. La versión pública de la Recomendación se dará a conocer a través de la página Web de la Comisión, después de su notificación.

[4] **Atribuciones de la Primera Visitaduría General**
Artículo 13.- La Primera Visitaduría General, además de las facultades y obligaciones contenidas en la Ley, tiene las atribuciones siguientes:
[...]
II. Someter a consideración de la Presidencia, los proyectos derivados de las áreas a su cargo;
[...]
VIII. Las demás que le confieren otras regulaciones y aquellas que le encomiende la Presidencia.
Atribuciones de la Unidad de Seguimiento de Recomendaciones y Proyectos:
Artículo 16.- La Unidad de Seguimiento de Recomendaciones y Proyectos tiene las atribuciones siguientes:
[...]
III. Coadyuvar con las y los Visitadores en la elaboración de proyectos de Recomendación correspondientes a la Primera Visitaduría General;
[...]

[5] **Artículo 4.-** La Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, garantizará el derecho de acceso a la información pública, privilegiando el principio de máxima publicidad y la protección de datos personales, de conformidad con lo dispuesto en la legislación y normatividad en la materia.

[6] **Artículo 91.** El acceso a la información pública será restringido excepcionalmente, cuando ésta sea clasificada como reservada o confidencial.
Artículo 143. Para los efectos de esta Ley se considera información confidencial, la clasificada como tal, de manera permanente, por su naturaleza, cuando: I. Se refiera a la información privada y los datos personales concernientes a una persona física o jurídico colectiva identificada o identificable;

que se indica el nombre de las personas involucradas, la cual deberá observar las medidas necesarias para la protección de datos personales, conforme a la ley de la materia.

4. De igual manera, para una mejor comprensión de la presente Recomendación se inserta un glosario con las principales claves utilizadas para las personas relacionadas:

Clave	Significado
V	Víctima
Q	Quejosa
SPR	Servidor Público Responsable
SP	Servidor Público Relacionado

5. Asimismo, en el presente documento se hace referencia a dependencias, instancias de gobierno y un procedimiento, por lo que a continuación, se presenta un cuadro con siglas, acrónimos y abreviaturas utilizadas para facilitar la lectura y evitar su constante repetición:

Clave	Significado
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
CIJ	Clínica ISSSTE Jilotepec
ISEM	Instituto de Salud del Estado de México

IGECEM	Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística y Catastral del Estado de México
DIFEM	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSEMyM	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
HGJ	Hospital General de Jilotepec
OIC-ISEM	Órgano Interno de Control del ISEM
CCAMEM	Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
SCJN	Suprema Corte de Justicia de la Nación
Corte IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
PRCPUMSAPAHE	Procedimiento de Referencia y Contrareferencia de Pacientes entre Unidades Médicas y Servicios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y de Especialidad

CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
Comité DESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CEAVEM	Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales



6. De igual forma se estima pertinente insertar un breve glosario de los términos más relevantes que se emplearán en el presente documento.

I. GLOSARIO

Atención hospitalaria: Comprenden las unidades médicas que cuentan con las especialidades básicas, servicios de quirófano, urgencias las 24 horas, los 365 días del año, así como auxiliares de diagnóstico básico.[7]

COVID-19: Los coronavirus son una familia de virus que circulan entre humanos y animales (gatos, camellos, murciélagos). Se han descrito coronavirus que evolucionan

[7] Cfr. PRCPUMSAPAHE, Gaceta del Gobierno, 11 de abril de 2012.

y desarrollan la capacidad de transmitirse de animales a humanos y propagarse entre las personas. El virus es genéticamente distinto de otros coronavirus, por lo que se considera un nuevo virus. Las autoridades sanitarias de China publicaron el genoma completo del "2019 Novel Coronavirus" o "2019- nCoV" mejor conocido como Sars Cov-2 o COVID-19. Varios coronavirus causan infecciones respiratorias. Éstas pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus COVID-19.[8]

Mala práctica médica: Conductas impropias del profesional frente a un paciente y que no sigue las normas o pautas que señala la *lex artis* médica, pero no hay aquí un error de juicio, sino que, o la actuación del médico que está en posesión de conocimientos y habilidades no ha sido diligente, o éste ha actuado con impericia e imprudencia frente a una situación clínica para la cual no está capacitado.[9]

Referencia: Es la acción y efecto de enviar a un paciente de una unidad de menor resolución (unidad referente), a otra unidad de mayor resolución o complejidad (unidad receptora), para dar respuesta a sus necesidades de salud.[10]

Urgencia: Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.[11]

---

[8] https://www.jalisco.gob.mx/es/gobierno/comunicados/coronavirus#:~:text=Los%20coronavirus%20son%20una%20familia,coronavirus%20causan%20infecciones%20respiratorias.

[9] SCJN (Suprema Corte de Justicia de la Nación) (2013) *RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA. DISTINCIÓN ENTRE ERROR Y MALA PRÁCTICA PARA EFECTOS DE SU ACREDITACIÓN*, tesis I.4o.A.64 A (10a.), Décima Época, Semanario Judicial de la Federación, Registro digital: 2004785. Disponible en: https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2004785. Consultado el 30 de agosto de 2022.

[10] Ídem.

[11] Artículo 72 del Reglamento de la *Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf. Consultado el 22 de septiembre de 2022.

Urgencia calificada: Problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata.[12]

Unidad Médica Referente: Es la unidad médica que refiere al paciente a una unidad de mayor grado de complejidad operativa o, en su caso, la que recibe a un paciente contrarreferido.[13]

II. HECHOS

7. El 12 de agosto de 2021, V presentó malestar general y fiebre, motivo por el cual acudió a la CIJ donde recibió atención médica y le fue prescrita medicación para resfriado. Al día siguiente se le aplicó una prueba rápida para antígeno SARS-COV2 cuyo resultado fue positivo, por lo que acudió nuevamente a la CIJ, donde el tratamiento fue modificado, recomendándole reposo en casa. Dado que el 17 de agosto los signos y síntomas no cedían, V se presentó nuevamente en la CIJ, donde le indicaron que por tratarse de una Unidad de Medicina Familiar de Primer Nivel[14] no le podían brindar la atención, ya que su estado de salud ameritaba atención de tercer nivel, aunado a que su nombre no fue encontrado en la base de datos de afiliados o derechohabientes al ISSSTE. Ese mismo día, V fue trasladado por Q al HGJ,

[12] Cfr. nota 7.
[13] Ídem.
[14] De acuerdo con las Reglas para la regionalización operativa del sistema institucional de servicios de salud en el ISSSTE (disposición general Cuarta inciso h) las Unidades de Medicina Familiar, junto con los consultorios auxiliares, consultorios de atención familiar y las clínicas de medicina familiar, forman parte del primer nivel de atención a la salud, enfocándose a acciones y servicios dirigidos a preservar la salud general mediante actividades de promoción, prevención, vigilancia epidemiológica, así como diagnóstico y tratamiento oportunos, es decir, representan el primer contacto del derechohabiente con el sistema de dicha institución. Cfr. DOF de 09 de agosto de 2016. Acuerdo 49.1353.2016 de la Junta Directiva por el que aprueba la Regionalización Operativa del Sistema Institucional de los servicios de salud en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

ingresando al área de urgencias. Así, V permaneció en dicho hospital hasta el veintidós de agosto de 2021, día en que falleció.

8. Cabe destacar que V presentaba obesidad clase III, también conocida como obesidad mórbida,[15] con un índice de masa corporal (IMC) de 43.5.[16] Elementos que por sí mismos eran indicativos de riesgo "extremadamente alto" debido a la presencia de enfermedades adicionales.[17] Destaca tambien que a V no le había sido administrada ninguna dosis de vacuna contra COVID-19.

9. En esta línea, lo expresado por Q en su escrito de queja de fecha tres de septiembre de dos mil veintiuno, fue:

> Mi esposo [...] (V) se puso delicado de salud el doce de agosto de [...] (2021), el trece de agosto [...] (del mismo año) se tomó la muestra de COVID [...] salió positiva, acudió a la [...] (CIJ), quienes el día 17 de agosto [...] nos indicaron que requería atención de tercer nivel, por ese motivo y por mis propios medios lo trasladé al [...] (HGJ) (donde) me entregaron una lista [...] se me requería cinco pares de guantes para atender a mi paciente (V), lo ingresaron y estuvo en urgencias, lo atendió el médico en la noche de urgencias [...] y me empezaron a pedir diverso material [...] me quedé sin dinero y a las siete de la mañana le pregunté a trabajo social que si me podía retirar para ir por dinero... me indicaron que sí [...] regresé aproximadamente a las nueve o diez de la mañana pregunte a trabajo social por el estado de salud de mi esposo [...] dijo la trabajadora social que como yo no estaba, se le había dado informes [...] a uno de mis primos [...] y él firmo de enterado[...] le

---

[15] Obesidad grado III u obesidad mórbida (≥40.0 Kg/m2). Las personas con obesidad mórbida frecuentemente presentan hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía coronaria, insuficiencia respiratoria y dislipidemia; además de lo anterior, pueden padecer limitaciones físicas para realizar actividades debido a problemas osteoarticulares derivados de la obesidad extrema. https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-obesidad-morbida#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20Organizaci%C3%B3n,%E2%89%A540.0%20Kg%2Fm2).

[16] Según consta en la nota de evolución elaborada por **SPR2**, que obra en el expediente clínico. Con base en los parámetros de la OMS, en adultos, se considera sobrepeso un IMC igual o superior a 25, en tanto que obesidad a un IMC igual o superior a 30, Cfr. Obesidad y sobrepeso, disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=En%20el%20caso%20de%20los,igual%20o%20superior%20a%2030 (consultado el 7 de octubre de 2022). Asimismo, la propia OMS plantea una clasificación de la obesidad, en la cual se considera un IMC ≥40, como de grado III.

[17] Álvarez Castro Paula, "Diagnóstico y clasificación de la obesidad" en *Fisiología y fisiopatología de la nutrición*, A Coruña, Universidade da Coruña, 2005, pp. 203-207.

dije a la trabajadora social que los iba a demandar porque solo yo podía recibir la información y me pasaron con la doctora [...] (**SP1**) (quien) me dijo de manera despectiva 'ya le explique a tu familiar, ahí dice claramente el estado de salud de tu esposo y retírate y por favor apaga tu celular porque si no, no te voy a dar informes[...]', dicho documento hacía referencia que como tenía ISSSTE se tenía que remitir para allá, pero [...] no había espacio y supuestamente no lo encontraban en el sistema, por ese motivo se quedó internado en el [...] (HGJ), mi esposo estuvo en urgencias, no me permitieron estar en la sala de urgencias, por lo que permanecí afuera en la calle en mi vehículo [...] no nos dieron derecho a una videollamada [...] el 18 de agosto de 2021 [...] una doctora [...] me indicó que la señorita que atendía las video llamadas estaba de incapacidad [...] que no había manera de [...] comunicarnos, le indiqué que le podíamos pasar una Tablet o celular desinfectada a lo que manifestó que no, que lo único que se podía pasar era una carta [...] solo dan informes una vez, que es a las once de la mañana [...] el doctor me dijo que mi esposo tenía obesidad y que solo le colocarían una tráquea en caso de intubación ya que no había forma de ver las cuerdas vocales, el viernes a las once de la mañana al sábado siguiente no se me otorgó información no sabía que estaba pasando, pregunte por el doctor porque no sabía nada, estaban dos trabajadoras sociales, una se llama [...] (**SP2** y **SP3**)... y estaban super molestas porque estaba pidiendo información y me dijeron que[...] venía un médico y me iban a dar informes, llegó el doctor me mostró un papelito que estaban escritos los signos vitales, manifestando que estaba bien mi esposo que lo veía bien que solo [...] necesitaba oxígeno, ya que tenía 87 de oxigenación que cuando estaban mal era cuando tenían 80 de oxigenación [...] me fui con mi mamá con la respuesta que me habían dado [...] mi mamá cuando vio la hojita dijo que no era cierto y regresamos y preguntamos por el médico y las trabajadoras sociales nos dijeron que el médico que me había dado información no era el que estaba atendiendo a mi esposo, que él que había dado la información era otro médico ya que el doctor de covid pidió que nos informara, el doctor se apellida [...] (**SP4**) y es el traumatólogo del hospital [...] pedí que saliera el doctor para saber cómo estaba, salió media hora después y me dio otro panorama [...] que estaba mal, que posiblemente se le tenía que colocar un cipap, eso fue el sábado y que no me podían avisar, que como era un tratamiento no invasivo que no

> era mi decisión que me informaran, que lo iban a monitorear no tuve información hasta el domingo a las doce, el doctor nos dio información yo fui la última que me dieron información y que le iban a colocar el cipap que estaba mal y que para la traqueo se requería un cirujano, y me dijo el doctor que si había una cirujana, no me dieron mayor información, hasta las diez de la noche me mandaron a llamar pidiéndome cuatro pañales como diez minutos después me escribieron y me metieron a un cuartito atendiéndome un médico que no era el que estaba atendiendo a mi esposo [...] informándome que mi esposo había tenido un paro respiratorio que lo estaban reanimando preguntando qué porque no me habían informado, me indicaron que no me podían decir más, a las once horas una doctora [...] mi mamá iba conmigo y sacaron a mi mamá salió la doctora de manera despectiva me dijo que la maniobra no tuvo éxito [...] que mi esposo falleció a 10:55 horas y me sacaron, después pasaron dos enfermeros y manifestaron pues si porque no había médico de COVID, me pase a COVID, y vi el cuarto, mi esposo no tenía nada, no lo reanimaron, no había médico de COVID, no sé si mi esposo murió realmente a las diez cincuenta y cinco horas, si hubo un médico cuando le dio el paro respiratorio, yo no me tardé menos de un minuto, es un pasillo largo es una L, yo corrí entre y vi que estaban desmantelando el cuarto no sé si son muy efectivos pero ya no había nada, posiblemente ni se dieron cuenta, después el camillero que se encontraba en el lugar me dijo que no me iba a permitir ingresar al cuarto, siendo ilógico porque ya estaba adentro no me desinfectaron y me sacaron me dejaron verlo por la ventana y no tenía absolutamente nada que se observara que le hubieran realizado alguna cirugía [...] considero que a mi esposo no le otorgaron el tratamiento correspondiente, pues [...] cuando vi a mi esposo en el cuarto no había absolutamente nada considerando que lo dejaron morir [...] solo me dieron información verbal sin tener acceso a su expediente clínico.[18]

10. En las indicadas circunstancias, esta Comisión solicitó al ISEM el informe de ley y en vía de colaboración a la CCAMEM. Así mismo, se recabaron las comparecencias de la quejosa y de personas servidoras públicas responsables y relacionadas.

[18] Escrito que consta de la foja 2 a la 5 del expediente del caso.

11. También, se recibieron, admitieron, desahogaron y valoraron las evidencias ofrecidas durante el trámite.

III. CONTEXTO

12. Es importante referir que los hechos materia de esta Recomendación, ocurrieron el diecisiete al veintidós de agosto de 2021, en el municipio de Jilotepec, Estado de México, en el marco de la pandemia global por COVID-19, conforme a la declaratoria hecha el 11 de marzo de 2020 por la OMS.

13. El 31 de diciembre de 2019, se dio a conocer por primera vez en el mundo el brote de un nuevo coronavirus (COVID-19) y a principios de enero de 2020 se dio a conocer que era transmisible de humano a humano.

14. El COVID-19 es una enfermedad respiratoria contagiosa causada por el virus SARS COV-2, cuya magnitud expansiva y elevada incidencia orilló a la Organización Mundial de la Salud a declarar, el 11 de marzo de 2020, la **existencia de una pandemia global**, la cual obligó a la adopción de medidas de prevención y protección cuya inobservancia podrían derivar en la vulneración a los derechos humanos de protección de la salud y la vida así como en la afectación de otros derechos y libertades humanos.

15. En el ámbito federal, dada la situación que prevaleció el año 2020, el Consejo de Salubridad General declaró como emergencia sanitaria la pandemia ocasionada por el virus SARS COV-2 y ordenó la adopción de acciones extraordinarias en todo el territorio nacional en materia de salubridad general, para dar atención prioritaria a la enfermedad generada por dicho virus.

16. La epidemia de COVID-19 fue reconocida como tal, declarándose acciones extraordinarias en todo el país, mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), el 27 de marzo de 2020. Después, el 30 de marzo de 2020, por acuerdo publicado en el DOF se declaró emergencia sanitaria, con restricción de actividades hasta el 30 de abril del mismo año, facultando a la Secretaría de Salud para que estableciera las acciones necesarias a fin de atender la emergencia.

17. El 31 de marzo de 2020 se publicó en el DOF el acuerdo del Secretario de Salud por el que se establecieron acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria, ordenando la suspensión inmediata de actividades no esenciales, excepción hecha de las necesarias para la atención de la emergencia, como son las actividades laborales de la rama médica, paramédica, administrativa y de apoyo en el Sistema Nacional de Salud, además, se impulsó la llamada Jornada Nacional de Sana Distancia. Adicionalmente, se exhortó a la población a cumplir resguardo domiciliario, en particular a toda persona mayor de 60 años o con comorbilidades, independientemente de si su actividad laboral se consideraba o no esencial.

18. El 21 de abril de 2020 se publicó un acuerdo en el DOF que amplió la suspensión de las actividades no esenciales al 30 de mayo del mismo año. El 14 de mayo de 2020 se publicó en el DOF un acuerdo por el que se estableció una estrategia para la reapertura de las actividades, así como un sistema de semáforo para evaluar semanalmente el riesgo epidemiológico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa.

19. En el contexto local, el 23 de marzo de 2020 se publicó en la Gaceta del Gobierno del Estado de México (GGEM) el acuerdo del Ejecutivo estatal por el que se determinaron acciones preventivas con motivo de la pandemia, estableciendo que las

dependencias y organismos auxiliares del gobierno estatal y sus municipios observarían las medidas, recomendaciones e instrucciones que emitiesen el Consejo de Salubridad General y los gobiernos federal y estatal en materia de salud pública.

20. El 17 de abril de 2020 fue publicado en la GGEM el acuerdo del Ejecutivo local por el que se prorrogó el diverso que determinó acciones preventivas con motivo de la pandemia, el cual amplió la vigencia del período establecido en su precedente, al 30 de mayo de 2020.

21. Con posterioridad, el 22 de abril de 2020 se publicó en la GGEM un acuerdo de la Secretaría de Salud que fortaleció las medidas preventivas y de seguridad para mitigar y controlar los riesgos para la salud que implica la enfermedad por COVID-19 en la entidad. En este acuerdo se ordenó la inmediata suspensión temporal de todas las actividades no esenciales a efecto de mitigar la dispersión y transmisión del virus SARS-COV 2 y sus consecuencias entre la población estatal.

22. El 29 de mayo de 2020 se publicó en la GGEM un nuevo acuerdo del Ejecutivo del estado que prorrogó el similar de 23 de marzo de 2020, determinando que se prorrogaría la vigencia del período establecido hasta que las autoridades sanitarias correspondientes determinasen la reanudación de las actividades gubernamentales, garantizando, en todo momento, las medidas de prevención e higiene correspondientes.

23. Por cuanto al asunto que nos ocupa, en el ámbito geográfico, Jilotepec es un municipio predominantemente rural, localizado al noroeste del Estado de México, cuenta con una superficie de 588,73 km² que representa el 2.62% de la superficie estatal. La demarcación se integra por una ciudad -la cabecera municipal Jilotepec de

Molina Enríquez-, una villa, veintitrés pueblos y veinticuatro rancherías. Para 2020, el municipio contaba con una población de 87,671 habitantes, de lo cual el 51.2% eran mujeres y el restante 48.8% varones.[19]

24. En cuanto a los servicios de salud en el municipio, durante 2020 se contabilizó un total de ciento sesenta y ocho médicos y doscientos cuarenta y siete enfermeros, lo que significa un médico por cada 522 habitantes y un enfermero por cada 355 habitantes[20] distribuidos de la siguiente manera:

MÉDICOS (AS)	ENFERMEROS (AS)	INSTITUCIÓN DE ADSCRIPCIÓN
121	204	ISEM
20	10	ISSEMyM
17	19	IMSS
6	6	ISSSTE
4	8	DIFEM

25. Acerca de la infraestructura de salud, de acuerdo con el IGECEM, en Jilotepec existen 27 unidades médicas: 22 del ISEM, 2 del DIFEM, 1 del ISSSTE, 1 del IMSS y 1 del ISSEMyM. Al valorar lo anterior en función del total de habitantes, se tiene un promedio de 3,247 habitantes por unidad médica. Por su parte, el número de camas instaladas en área de hospitalización ascendía (y asciende) solamente a 34,[21] debido a que la gran mayoría de las unidades médicas existentes en el municipio son de primer nivel de atención, es decir, brindan apoyo médico lo más cerca posible del paciente. Son unidades con consultorios, que pueden contar con servicio de vacunación y planificación familiar, incluso consultorios con laboratorio y estudio de

[19] Cfr. Ayuntamiento de Jilotepec, México. *Plan de Desarrollo Municipal 2022-2024*. Jilotepec, Gobierno Municipal, 2022.
[20] Ídem.
[21] Ídem.

imagen únicamente, siendo el HGJ el único de segundo nivel[22] y el cual aporta el grueso de camas de hospitalización en Jilotepec.

26. Los últimos datos exhiben la carencia de servicios sanitarios de segundo y tercer nivel[23] en el municipio, lo cual repercute en la accesibilidad y la garantía de un acceso efectivo a los servicios de salud.

27. Las circunstancias particulares en que ocurrieron los hechos materia de la presente Recomendación evidencian que el doce de agosto de 2021, V acudió a un servicio de primer nivel (CIJ), volviendo a dicho servicio al día siguiente, en virtud del resultado positivo obtenido de la prueba rápida para antígeno SARS-COV2 que le fue aplicada. Ante la persistencia del padecimiento, V volvió nuevamente a la CIJ, donde le indicaron que su padecimiento ameritaba un nivel de atención que no podían proporcionarle en ese lugar, por lo que la víctima acudió al HGJ, nosocomio de segundo nivel donde permaneció hasta su fallecimiento, pese a que desde su ingreso presentaba una comorbilidad [24] que acentuaba su vulnerabilidad, así como signos y síntomas que hacían indispensable su referencia inmediata a un servicio de tercer nivel.

[22] Nivel que alberga las especialidades básicas: pediatría, medicina interna y gineco-obstetricia y que ofrece servicios de hospitalización, urgencias, laboratorio, banco de sangre, radiografía, ultrasonografía y quirófanos.
[23] Nivel conformado por hospitales de alta especialidad.
[24] Según la Organización mundial de la Salud (OMS), la comorbilidad es la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona, lo que se asemeja a la definición de Feinstein (6).
http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/revistas/revista_2007/a8_1_tr_comorbilidad.pdf

IV. EVIDENCIAS

28. Escrito de queja presentado por Q el tres de septiembre de 2021 al que acompañan diversos anexos.[25]

29. Acta circunstanciada de seis de septiembre de 2021, en la que se dio fe de la visita que personal de esta Comisión realizó al HGJ, sin poder llevarla a cabo debido a la oposición de la Directora y la Subdirectora de dicho nosocomio.[27]

30. Oficio 400C138000/1544/2021 del siete de septiembre de 2021, con el que se dio vista a la titular del OIC-ISEM de las acciones y omisiones documentadas en el numeral que antecede.[28]

31. El diecisiete de septiembre de 2021 se recibió el oficio 208C0101000200S/4947/2021, firmado por el representante legal del ISEM, mediante el cual rindió el informe de ley, al cual se adjuntaron: copia del expediente clínico de V1 e informes de servidores públicos que intervinieron en los hechos.[29]

---

[25] El documento de queja y sus anexos obran a fojas de la 2 a 16. los documentos que se anexaron fueron un escrito dirigido a la Directora del Hospital manifestando su inconformidad con la atención brindada a su esposo, fotocopia de su identificación oficial, fotografía de una receta del ISSSTE y una nota de evolución del paciente por parte del ISEM.

26 Según la Organización mundial de la Salud (OMS), la comorbilidad es la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona, lo que se asemeja a la definición de Feinstein. C.fr.:
http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/revistas/revista_2007/a8_1_tr_comorbilidad.pdf

[27] Acta que se ubica en fojas 24 y 25 del expediente de queja.

[28] El oficio consta en foja 26 del expediente de origen.

[29] Oficio y anexos localizados en fojas 27 a 154 del expediente de origen.

32. Actas circunstanciadas de 19 de octubre de 2021, en las que se hicieron constar las comparecencias de **SPR4**, **SPR5** y **SP1** ante servidores públicos de este Organismo, para declarar acerca de su participación en los hechos.[30]

33. Oficio 208C0101000200S-6301/2021 recibido el 20 de octubre de 2021, firmado por el encargado del ALUJC del ISEM, mediante el cual remitió, entre otros, informe radiológico contenido en disco compacto relativo a la atención proporcionada a V en el HGJ.[31]

34. Actas circunstancias de fecha veintinueve de octubre de 2021 en las que se hicieron constar las comparecencias de: **SP2**, **SP3** y **SP4**, enfermeras del HGJ.[32]

35. Dictamen técnico-médico institucional emitido por la CCAMEM en el expediente [redacted] relativo a los hechos materia de la presente Recomendación.[33]

36. Oficio 208C0101000200S-640/2021 recibido el 20 de octubre de 2021, firmado por el encargado del Área de Legislación de la Unidad Jurídica y Consultiva del ISEM en el que da a conocer que el HGJ **no cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos pero sí con área de atención a pacientes con diagnóstico positivo por SARS Cov-2, que el hospital tiene cuatro ventiladores funcionales de diez disponibles, además de que en dicho nosocomio se lleva a cabo el Procedimiento de referencia y contrareferencia de pacientes entre unidades médicas y servicios de atención primaria, atención hospitalaria y de especialidad.**[34]

---

[30] Documentales marcadas con los número de foja 161 a 201 del expediente de queja.
[31] Oficio y anexos que constan en fojas 219 a 227.
[32] Impresos constantes en fojas 238 a 251.
[33] Dictamen ubicado en fojas 274 a 295.
[34] Oficio y anexos localizados en fojas 298 a 311.

37. Elementos que constituyen las evidencias del expediente en que se actúa y que en su conjunto producen convicción plena sobre la violación a los derechos humanos de protección a la salud, acceso a la infraestructura hospitalaria, a la debida integración del expediente clínico y de acceso a la información en materia de salud, relativo al expediente clínico de las personas, en agravio de V.

V. ANÁLISIS

38. A partir de las evidencias reunidas durante la integración del expediente de queja, con la aplicación de una perspectiva de derechos humanos, se lleva a cabo a continuación un análisis de las circunstancias que envolvieron el presente asunto y dentro del cual habrán de precisarse las obligaciones que la autoridad estatal de salud debió cumplir para garantizar a V el derecho a la protección de su salud, así como de otros atributos o prerrogativas que por relación de interdependencia pudieran haber sido vulnerados, ya que no debe pasar desapercibido que V, en condiciones de paciente aquejado por la COVID-19, presentaba una situación de vulnerabilidad para la vigencia de su derecho a la protección de la salud, razón por la cual debió darse prioridad a su condición con anterioridad a la violación de sus derechos, que en términos de la SCJN[35] debió guiar el proceder del personal médico para que sus acciones fueran en contexto con la situación del paciente, por lo que para ello era necesario tener conocimiento de las necesidades de la persona involucrada.

39. Las directrices que soportan el estudio y análisis de los hechos materia del presente asunto tienen como base el artículo 1°, párrafos primero, segundo y tercero

[35] DERECHOS HUMANOS. OBLIGACIÓN DE GARANTIZARLOS EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1o., PÁRRAFO TERCERO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Tesis. XXVII.3o J/24 (10a.), Registro 2008515.

de la CPEUM, los cuales establecen que en el país todas las personas gozan de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrán restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que la propia Constitución establece; que las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con la Constitución y los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia y que todas las autoridades, en el ámbito de su competencia, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad y que, como consecuencia de ello, el Estado debe prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos establecidos por la ley.

40. En tales circunstancias, se procede a hacer un análisis de los principios así como de los derechos involucrados para establecer las obligaciones gubernamentales derivadas de ellos.

V.1. PRINCIPIOS A CARGO DEL ESTADO CON RELACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS.

V.1.1. Universalidad

41. Todos los seres humanos tienen todos y los mismos derechos, simplemente por su condición de ser humanos, con independencia de quienes sean, donde vivan, de su situación o características particulares. Esta es la idea central de la Declaración Universal de Derechos Humanos y constituye un aspecto fundamental de todo el

sistema de los derechos humanos.[36] No obstante lo anterior, como afirman Vázquez y Serrano,[37] resulta imprescindible posicionar este principio a partir del contexto particular de cada persona, al considerar a la universalidad a partir de un caso en concreto.

42. Lo anterior se observa con claridad al tomar en cuenta que los pacientes enfermos constituyen un grupo en situación de vulnerabilidad, toda vez que en los hechos, la carencia de las garantías mínimas de protección acentúan la condición de desventaja tal y como aconteció a V, denegando sus derechos a la protección de la salud, así como el de acceso a la infraestructura hospitalaria en el HGJ debido a la inexistencia de una oportuna referencia a servicios sanitarios de mayor capacidad de resolución -terapia intensiva-, además de la inobservancia de las guías de práctica clínica y de la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

43. La realidad de la vulnerabilidad en que se encontró V, en su calidad de paciente enfermo de Covid, quien acudió a recibir atención en el HGJ del ISEM hace necesario el establecimiento de medidas que permitan garantizar la protección efectiva del derecho a la salud, mediante acciones que lo salvaguarden y que los servidores públicos cumplan con su deber de hacer realidad ese derecho.

44. Se afirma lo anterior porque se reitera, V se encontraba en un mayor estado de vulnerabilidad debido a que presentaba una comorbilidad que elevaba los riesgos para su salud y vida, al encontrarse infectado por el virus SARS COV-2, ensombreciendo sus expectativas al ser mantenido en un establecimiento sanitario donde se carecía

[36] Cfr. A/73/227. *Universalidad, diversidad cultural y derechos culturales*. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos culturales, Asamblea General de las Naciones Unidas, Septuagésimo tercer período de sesiones, 25 de julio de 2018.
[37] *Cfr.* Vázquez, D. y Serrano, S. (2021). *Los Derechos en Acción* (Segunda Edición ed.). Flacso, México, p. 54.

de lo necesario para atender el padecimiento que lo aquejaba y donde los médicos encargados de su atención se limitaron a ser testigos de su gradual agravamiento, sin remitirlo a otro hospital con mayor nivel de resolución, vulnerando con esa suma de acciones y omisiones, el principio de universalidad en cuanto al derecho a la salud y a la accesibilidad a los servicios hospitalarios que permitieran a V su restablecimiento.

V.1.2. Interdependencia

45. Los derechos humanos constituyen un plexo unificado en cuyo seno se establecen vínculos, conexiones o relaciones entre sí. Esa circunstancia se observa tanto en la realización de los derechos como en su violación, la vigencia de un derecho beneficia la materialización de otros tantos, así como toda vulneración a uno de ellos impacta en los demás.

46. La vigencia del derecho a la protección de la salud incide favorablemente en la realización de otros derechos como los de educación, el trabajo, a un nivel de vida adecuado, de acceso a la información, a la participación, así como al beneficio de los avances científicos y sus aplicaciones. En sentido inverso, la violación del derecho a la protección de la salud tiene efectos perniciosos en esos mismos derechos.

47. En el presente caso es posible afirmar que dada la interdependencia de los derechos humanos, resultaron afectados junto con el derecho a la protección de la salud, los derechos a la accesibilidad a la infraestructura sanitaria, a la debida integración del expediente clínico dado que, por cuanto a este último, se afectó el derecho a que el paciente y sus familiares pudieran ejercer con efectividad, el derecho a estar debidamente informados acerca de su condición de salud, conocer la verdad

sobre ello y con base en dicha información tomar decisiones conscientes e informadas al respecto.

V.1.3. Indivisibilidad

48. El principio de indivisibilidad requiere la búsqueda de relaciones indirectas o mediatas entre los derechos, a partir de una situación específica, sin que la relación sea evidente. El proceso de identificación de las relaciones entre los derechos y el contexto parte de aquellos elementos que conforman la vulneración de los derechos humanos.[38]

49. Dada la concepción integral de los derechos humanos, en la cual no existen categorías o jerarquías entre ellos, ya que todos están situados a un mismo nivel, articulados por un cuerpo común de principios, y por esas razones al presentarse violaciones a uno de ellos se rompe su integridad, afectándose a la persona como un todo y no solamente a una parte de ella,[39] el derecho a la protección de la salud es mucho más que ausencia de enfermedad o tener acceso a la atención médica; es un derecho fundamental que toca todos los aspectos de la vida y por eso es tan importante entender la salud del modo más amplio posible.

50. En este caso, el derecho a la protección de la salud encuentra vinculación con el de acceso a la infraestructura hospitalaria, a partir de que se cometieron diversas omisiones, a las cuales con el transcurso del tiempo se sumaron otras más, incidiendo en el agravamiento gradual del estado de salud del paciente V, sin darle cauce a sus

---

[38] *Cfr.* Vázquez, D. y Serrano, S., Op. cit., nota 51, p. 82.
[39] Cfr. Civilis. Derechos Humanos, "Indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos" en *Manual de protección de los derechos de la sociedad civil*, sl, Civilis-Sinergia-Canada Fund for Local initiatives, 2013.

necesidades sanitarias con el fin de restablecer su salud, deficiencias que en lugar de ello, lo llevaron a la pérdida de la vida.

V.I.4. Progresividad

51. "La progresividad implica tanto gradualidad como progreso. La gradualidad se refiere a que la efectividad de los derechos no va a lograrse de una vez y para siempre, sino que se trata de un proceso que supone definir metas a corto, mediano y largo plazo. El progreso patentiza que el disfrute de los derechos siempre debe mejorar. La progresividad requiere del diseño de planes para avanzar hacia el mejoramiento de las condiciones de los derechos mediante el cumplimiento de dichos planes."[40]

52. Respecto de los derechos a la protección de la salud y de acceso a la infraestructura hospitalaria, resulta innegable que en nuestro país y entidad federativa se han logrado avances manifiestos en cuanto a su materialización en diversos aspectos, no obstante, aún existen cuestiones por cumplir, tales como la garantía de ambos derechos para los enfermos con vulnerabilidad acentuada como en el caso que nos ocupa, quienes deben recibir atención de calidad, oportunamente.

V. 2. RAZONAMIENTOS LÓGICO JURÍDICOS

53. Tomando en cuenta lo documentado en el expediente respectivo, se procede a verificar la existencia de vulneraciones a los derechos del paciente V, con sustento en el proceder de los servidores públicos responsables.

V.2.1. Derecho a la protección de la salud

[40] Ibid. p. 159

54. Salud es un estado de completo bienestar físico, mental, emocional y social, que supone la ausencia de enfermedades, constituye un factor determinante para el desarrollo individual y colectivo que permite tener una vida en condiciones de dignidad.[41] Derecho a la salud es la facultad de disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental.[42]

55. Para conseguir ese grado máximo de salud -dado el carácter inclusivo del derecho que nos ocupa- resulta indispensable materializar una gama de aspectos que hacen posible el bienestar integral de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de los servicios de salud y condiciones sanitarias adecuadas, alimentación apropiada, condiciones de trabajo seguras, medio ambiente salubre, agua y vivienda dignos.

56. El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. El derecho a la protección de la salud es un derecho derivado, componente, parte del derecho genérico que representa el derecho a la salud. En tal sentido, la doctrina ha señalado que esa protección se manifiesta en tres ámbitos diferentes: derecho a la protección de la salud individual y colectiva en sentido estricto; derecho a la asistencia sanitaria; y derecho a decidir en el ámbito de los tratamientos médicos. En correspondencia con esas tres esferas, el Estado juega roles distintos:

> [...]en el primer caso tendría un deber fundamentalmente de hacer (promover políticas públicas que fomenten la salud individual y colectiva y que prevengan enfermedades), **en el segundo, su obligación sería de dar (prestar asistencia sanitaria)**, y en el tercero,

[41] Cfr. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
[42] Cfr. Art. 12 del Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

> una obligación de no hacer (respetar las decisiones del paciente en el ámbito de su salud [...] (resaltado fuera de texto).[43]

57. La SCJN ha sostenido que el derecho a la salud tiene una proyección individual o personal y otra pública o social, según se advierte de la jurisprudencia de rubro "DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL."[44].

58. El derecho de protección a la salud de las personas en lo individual, se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona. De ahí que el Estado tiene un interés constitucional en procurar a las personas, en lo individual, un adecuado estado de salud y bienestar.

59. Por otro lado, la faceta social o pública del derecho a la salud consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud.[45] Lo anterior conlleva la obligación de emprender las acciones necesarias para alcanzar dicho fin, tales como el desarrollo de políticas públicas, controles de calidad de los servicios de salud, así como la identificación de los principales problemas que afecten la salud pública, entre otras.

> *La salud o la enfermedad no es, sin embargo, un asunto exclusivo de los individuos. En realidad, debemos también considerar a*

---

[43] Cfr. Bombillar Sáenz, Francisco M. y Pérez Miras, Antonio, "El derecho a la protección de la salud desde una perspectiva multinivel y de derecho comparado", en *Revista Europea de Derechos Fundamentales*, primer semestre, 2015, Núm. 25, p. 299 y ss.

[44] "DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL." **Instancia:** Primera Sala, **Materia(s):** Constitucional, **Tesis:** 1a./J. 8/2019 (10a.), **Tipo:** Jurisprudencia, **Décima Época, Fuente:** Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 63, Febrero de 2019, Tomo I, página 486.

[45] Ídem.

ciertos grupos de poblaciones o territorios como "sanos" o como "enfermos" (pensemos por ejemplo en el grupo de personas que en un país determinado conforman las mujeres, que a la vez son inmigrantes y de clase trabajadora), ya que estos acumulan los factores que aumentarán la probabilidad de tener buena o mala salud, aumentando o reduciendo el riesgo de enfermar o de morir [Benach y Muntaner, 2005]. Cuando tenemos en cuenta la salud del conjunto de una colectividad, ya sean estos grupos de personas o territorios, hablamos de "salud pública", de salud colectiva, de la salud de todos. La salud pública puede, por tanto, definirse como aquella disciplina académica y tradición profesional que tiene por objetivo conseguir la máxima salud posible para el máximo número de personas mediante la aplicación del conocimiento científico en cada contexto social, político e histórico.[46]

60. El Máximo Tribunal de nuestro país se pronunció en la tesis "**DERECHO A LA SALUD. SU REGULACIÓN EN EL ARTÍCULO 4º. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y SU COMPLEMENTARIEDAD CON LOS TRATADOS INTERNACIONALES DE LA MATERIA DE DERECHOS HUMANOS**"[47] en el sentido de que el numeral 4° de la Constitución Federal es compatible con diversos instrumentos internacionales de derechos humanos tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Protocolo

46 https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20(2).pdf

47 **Instancia:** Primera Sala, Novena Época, **Materia(s):** Constitucional, **Tesis:** 1a. LXV/2008, **Fuente:** Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXVIII, Julio de 2008, página 457, **Tipo:** Aislada.

Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".

61. Así el artículo 4° constitucional encuentra correspondencia con el diverso 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el cual define el derecho a la salud como "*el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*"[48], por lo que se debe entender incorporado a nuestro parámetro de control constitucional según los estándares internacionales en la materia, incluidos los jurisprudenciales emitidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

62. Por su parte, el artículo 12, párrafo uno del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que los Estados Partes reconocen "*el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*", mientras que en el párrafo dos del propio numeral ilustra, a manera de ejemplo, diversas "*medidas que deberán adoptar los Estados Partes... a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho*".

63. A su vez, el artículo 25, párrafo uno, de la Declaración Universal de Derechos Humanos afirma que "*toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios*".

---

[48] Conforme al párrafo 9. De la Observación general Nº 14 (2000) del Comité de los Derechos Sociales, Culturales y Económicos de las Naciones Unidas El concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

64. De acuerdo con lo establecido por la SCJN, en la tesis de rubro "DERECHO HUMANO A LA SALUD. EL ESTADO TIENE LA OBLIGACIÓN DE ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS HASTA EL MÁXIMO DE LOS RECURSOS DE QUE DISPONGA PARA LOGRAR PROGRESIVAMENTE SU PLENA EFECTIVIDAD." las violaciones al derecho a la salud se pueden producir por no adoptar las medidas necesarias que emanan de las obligaciones legales, no contar con políticas o legislación que favorezca el nivel más alto de salud posible o, no hacer cumplir las leyes existentes en la materia.[49]

65. Asimismo, la propia SCJN[50] reconoció la relevancia que tiene para el Estado adoptar las medidas necesarias a fin de prestar un servicio adecuado, en razón de la existencia de obligaciones de cumplimiento inmediato, como son aquellas para atender necesidades urgentes de grupos vulnerables, imperativo aplicable al presente asunto, toda vez que V se encontraba enfermo de Covid, en condiciones de vulnerabilidad y la autoridad sanitaria tenía la obligación de garantizar la protección de su salud.

V.2.2. Derecho de acceso a la infraestructura hospitalaria

66. Con base en el principio de interdependencia, uno de los derechos integrantes (parte) del derecho general a la salud que resultan afectados en los hechos que nos

[49] Véase la Tesis de rubro "DERECHO HUMANO A LA SALUD. EL ESTADO TIENE LA OBLIGACIÓN DE ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS HASTA EL MÁXIMO DE LOS RECURSOS DE QUE DISPONGA PARA LOGRAR PROGRESIVAMENTE SU PLENA EFECTIVIDAD.", Instancia: Primera Sala, Materia(s): Constitucional, Tesis: 1a. XV/2021 (10a.), Tipo: Aislada, Décima Época, Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 84, Marzo de 2021, Tomo II, página 1224. Registro digital: 2022889.

[50] SCJN AMPARA A PACIENTES QUE VIVEN CON VIH/SIDA PARA QUE GOCEN DEL DH AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 12 DEL PACTO INTERNACIONAL DE LOS DESC. Segunda Sala, Amparo en Revisión 378/2014.

ocupan, es el de acceso a la infraestructura hospitalaria, que consiste en el atributo o facultad que corresponde a toda persona para alcanzar, ocupar, hacer uso y/o recibir atención en las instalaciones y el equipamiento de los establecimientos sanitarios que la condición de salud amerite, debiendo ser asequibles económicamente, accesibles física y geográficamente, sin discriminación y en condiciones de igualdad.

67. De los hechos se deduce que en el presente caso, aun cuando el paciente V presentaba condiciones de salud que escapaban de las posibilidades materiales y humanas en el HGJ, se decidió mantenerlo en dicho establecimiento, contra lo que dictaban la *lex artis*, consistente en el lineamiento para la atención de pacientes por Covid-19 de 14 de febrero de 2020, que habla de una referencia temprana de pacientes con riesgos de evolucionar hacia un escenario clínico grave, que no pueda atenderse por capacidades limitadas de recursos humanos o técnicos del centro hospitalario, sin proceder a su referencia a otro nosocomio de atención sanitaria que pudiera satisfacer sus necesidades de salud.

V.2.3. Derecho a la debida integración del expediente clínico

68. El artículo 6° de la CPEUM, prevé que el derecho a la información será garantizado por el Estado y que "[...] Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión [...]." En virtud del principio de interdependencia, el derecho a la información y el derecho a la protección de la salud se hallan relacionados, vinculándose en la debida integración del expediente clínico, como garantía para la realización de ambos. Es decir, la debida integración del expediente clínico permite, hacer posible que los usuarios de los servicios sanitarios conozcan en forma verídica lo que ocurre con aspectos específicos de su salud.

69. La Corte IDH ha señalado que "un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades."[51]

70. La Ley General de Salud da al expediente clínico el carácter de un derecho: "los beneficiarios tendrán los siguientes derechos: […] VII. Contar con su expediente clínico […]".[52]

71. De acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012,[53] en el expediente clínico se concentra y documenta la atención que reciben los pacientes por parte de los profesionales de la salud, constituyéndose en un instrumento de uso obligatorio del que se **desprenden, evidencian y demuestran tanto las acciones como las omisiones en que incurren los profesionales de la salud en la atención que brindan a los pacientes.**

72. Efectivamente, en el expediente clínico se consignan los distintos ámbitos y fases del proceso de la atención médica, recogiendo aspectos del estado de salud del paciente, resultando dichos registros elementales para su correcta integración.

73. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, fija los criterios y da certeza sobre el tema al determinar que los profesionales de la salud tienen la obligación de documentar de manera escrita los servicios médicos que se

---

[51] Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador". Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007, párr. 68.
[52] Artículo 77 bis 37.
[53] Cfr. Secretaría de Salud. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, México, DOF, 29 de junio de 2012.

otorgan al paciente, que ésta debe ser de forma adecuada, y a la vez constituye la principal evidencia del acto médico del servidor de la salud al ser el medio por el cual puede demostrar que actuó con ética, profesionalismo y máxima diligencia.

74. En el caso que nos ocupa pudieron documentarse diversas y continuas omisiones en la realización de diversas notas médicas, demostrativas de una deficiente atención médica proporcionada a la víctima durante su estancia en el HGJ, tal y como quedará explicitado en líneas subsecuentes.

V.2.4. Derecho de acceso a la información en materia de salud, relativo al expediente clínico de las personas

75. Es la facultad de los usuarios de servicios médicos para conocer, solicitar y recibir todas las constancias y elementos que integran el expediente clínico.[54]

76. El Estado tiene la obligación positiva de eliminar todas aquellas prácticas que impidan a los pacientes el acceso al contenido de su expediente clínico, además de llevar a cabo acciones para garantizar la libertad de recibir y conocer su información médica y con ello favorecer que las personas puedan ejercer otros derechos, tales como el de la protección de la salud, así como el de decidir y elegir de manera libre e informada su tratamiento médico.[55]

77. El derecho a la información en materia de salud comprende tres aspectos:

[54] Cfr. CNDH. Recomendación N° 33/2016 y Recomendación General N° 29/2017 Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.
[55] Ídem.

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: accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.[56]

78. Es necesario señalar que la debida integración del expediente clínico es un elemento sine qua non para que el usuario o paciente de los servicios de salud pueda ejercer el derecho a estar informado, conocer la verdad y con base en ello pueda tomar decisiones libres sobre su salud.[57]

V.2.5 DEL DERECHO A RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ SOBRE LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS, A OTORGAR EL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO Y DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA.

79. El cúmulo de derechos que se citan al epígrafe, encuentran íntima relación en el presente asunto debido a que, el primero de los mencionados se concibe como el derecho que tiene todo ser humano para recibir, como paciente, información suficiente, clara, oportuna y veraz respeto de su estado de salud para, con base en dicha

[56] Ídem.
[57] Ídem.

información, otorgar o no su consentimiento y decidir libremente sobre su atención médica.

80. La Ley General de Salud (LGS), señala que el consentimiento informado "*es la conformidad expresa de una persona, manifestada por escrito, para la realización de un diagnóstico o tratamiento de salud*".[58] En términos de la propia LGS, el consentimiento informado "*constituye el núcleo del derecho a la salud, tanto desde la perspectiva de la libertad individual, como de las salvaguardas para el disfrute del mayor estándar de salud*".[59]

81. Por tanto, el consentimiento informado no es un mero formato: "*es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. Es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.*"[60]

82. Lo anterior implica que los usuarios tienen derecho de recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen[61] De igual manera, los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos.[62]

---

[58] Artículo 51 Bis 2, párrafo cuarto de la LGS.
[59] Artículo 51 Bis 2, párrafo tercero de la LGS.
[60] Cfr. Comisión Nacional de Bioética. *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los comités hospitalarios de bioética*, quinta edición, México, Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética, 2015, p. 45 y ss.
[61] Artículo 51 Bis 1 de la LGS.
[62] Artículo 51 Bis 2 párrafo primero.

83. En este sentido, el consentimiento informado permite al personal de la salud informar al paciente, y que éste comprenda, acerca de la naturaleza de la enfermedad que le aqueja y de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se pueden utilizar para su tratamiento, así como de los beneficios y riesgos que conllevan cada uno de ellos y las alternativas existentes.[63]

84. Desde esta óptica, se comprende al consentimiento informado como la materialización de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud -en su caso- que reviste de calidad los servicios y con ello garantiza el respeto a la dignidad y a los derechos de las personas.[64]

85. En virtud de que los valores de las personas varían: *"la mejor elección no siempre es la que prioriza la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de acuerdo a los valores u objetivos de cada persona. Por lo tanto, no es ya el médico el único que decide la mejor alternativa."*[65]

86. De lo anterior es dable concluir que, el consentimiento informado se integra por dos partes: el derecho a la información y la libertad de elección.[66]

87. En cuanto al *derecho a la información*, los datos proporcionados al paciente deben ser claros, veraces, suficientes, oportunos y objetivos en cuanto a todo el proceso de atención, fundamentalmente diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento, tanto como riesgos, beneficios físicos y/o emocionales, duración y alternativas, en caso de existir.[67]

---

[63] Ídem.
[64] Ídem.
[65] Cfr. Comisión Nacional de Bioética, Op. cit., nota 5.
[66] Cfr. Ídem.
[67] Ídem.

88. Dentro de este aspecto se debe corroborar que el paciente ha comprendido la información proporcionada, favorecer que haga preguntas, dar respuesta a ellas y brindar toda la orientación que requiera.[68]

89. Cabe acotar que la información debe darse a personas competentes en términos legales. Para el caso de personas que no tengan la capacidad de comprender, se debe obtener la autorización de un representante legal, no obstante, siempre que sea posible, resulta deseable tener el consentimiento del paciente.[69]

90. La *libertad de elección* significa que una vez proporcionada la información adecuada, el paciente puede o no dar su consentimiento para que se realicen los procedimientos planteados, para lo cual resulta indispensable favorecer la autonomía y el derecho a decidir de la persona.

91. En esta línea, en tratándose de procedimientos de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe expresarse y comprobarse por escrito, el cual forma parte del expediente clínico.[70]

92. Lo anterior viene a contexto porque si bien de autos se advierte que se planteó a V y Q conectarlo a una respirador y/o a un SIVAP también lo es que del expediente de queja no se desprende que el personal médico hubiere informado a V y/o a Q **de manera suficiente, clara, oportuna** y veraz sobre los tratamientos médicos o quirúrgicos, el proceso de atención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico del

[68] Ídem.
[69] Ídem.
[7070] Ídem.

padecimiento, así como los riesgos, beneficios físicos y/o emocionales, duración y alternativas en caso de existir, tal y como se puede constatar de foja 38 de la Opinión Técnico-Médico Institucional emitida por la CCAMEM, para con base ello que una vez proporcionada dicha información, el paciente pudiera o no dar su consentimiento para que se realizaran los procedimientos planteados, para lo cual resulta indispensable favorecer la autonomía y el derecho a decidir de la persona lo que denota la displicencia, apatía, desgano y/o desinterés por parte del personal de la salud con relación a brindar información suficiente, clara, oportuna y veraz sobre los tratamientos médicos y quirúrgicos de que disponía V.

V.3. Obligaciones inobservadas a cargo de la autoridad de salud estatal

93. Como se adelantó previamente, las directrices que soportan el estudio y análisis de los hechos materia del presente asunto tienen como base el artículo 1°, párrafo tercero de la CPEUM, así como el Derecho internacional de los derechos humanos y el marco legal de la salud, a partir del parámetro de que el derecho a la protección de la salud se relaciona con la garantía del más alto nivel de salud.

94. Por lo tanto, con fundamento en lo que disponen los artículos 98 y 100 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, se procede a determinar la forma en como los servidores públicos involucrados en los hechos materia de la presente Recomendación, incumplieron con los principios, obligaciones y deberes contenidos en la CPEUM, antes mencionados.

95. De modo que enseguida se efectúa el análisis de la transgresión a derechos humanos cometida, en función de las obligaciones estatales de respeto, garantía y protección.

V.3.1. Obligación de respetar

96. Se refiere a la exigencia estatal de abstención, deber negativo para autoridades y servidores públicos en el sentido de evitar interferir en el goce de los derechos de todas y cada una de las personas, en el presente caso en el derecho a la salud. Lo anterior implica la prohibición de todo y cualquier acto que perjudique, dañe o quebrante ese derecho, así, el Estado mexicano debe abstenerse de negar o limitar el acceso a los servicios de atención sanitaria, a la infraestructura de salud que cuenta con todos los medios para proporcionar una adecuada atención a los pacientes.

97. En cuanto a la obligación enunciada, la SCJN estableció que:

> [...] para determinar [...] la obligación de respetarlos [...] ésta puede caracterizarse como el deber de la autoridad que le impide interferir con el ejercicio de los derechos o ponerlos en peligro, ya sea por acción u omisión; es decir, la autoridad, en todos sus niveles (federal, estatal o municipal) y en cualquiera de sus funciones (ejecutiva, legislativa o judicial), debe mantener el goce del derecho y, por ende, su cumplimiento es inmediatamente exigible puesto que, aun cuando primeramente está dirigida a los órganos del Estado, también incluye la conducta de los particulares, que igualmente se encuentran obligados a no interferir con el ejercicio de los derechos; por tanto, esta obligación alcanza la manera en que las autoridades entienden las restricciones a los derechos, tanto en su formación (a cargo del Poder Legislativo) como en su aplicación (Poder Ejecutivo) e interpretación (Poder Judicial).[71]

[71] DERECHOS HUMANOS. OBLIGACIÓN DE RESPETARLOS EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1o., PÁRRAFO TERCERO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Tribunales Colegiados de Circuito, Tesis. XXVII.3o J/23 (10a.), *Semanario judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, Libro 15, Tomo III, Febrero de 2015, Página 2257, Registro digital 2008517

98. En el presente asunto se pudo acreditar que como resultado del conjunto de inacciones, desatenciones, falta de diligencia y conductas expectantes por parte de SPR1, SPR2, SPR3, SPR4 y SPR5 en la prestación del servicio otorgado a V durante su estancia en el HGJ, se contravinieron los derechos de V a la protección de la salud, a la accesibilidad a la infraestructura hospitalaria que sus condiciones requerían, además de la debida integración del expediente clínico y del derecho de acceso a la información en materia de salud, relativo al expediente clínico de las personas, supuestos que ante su inobservancia se conjugaron con otros factores para concluir en la pérdida de su vida. Todo ello de acuerdo a lo que a continuación se expone:

V.3.1.1. Responsabilidad de SPR1

99. SPR1 fue el primer médico que se ocupó de la atención de V en el HGJ, y no obstante la condición de gravedad que observó en el paciente, al hacer el examen de su estado de salud desestimó los elementos que indicaban la condición crítica de la víctima (V), omitiendo derivarlo (interconsulta) a un área dentro del mismo HGJ donde se le diera una atención acorde con su estado, o bien, hacer la referencia inmediata a otra institución hospitalaria que contara con la infraestructura y equipamiento requeridos para el caso. En lugar de optar por lo anterior, SPR1 mantuvo a V en el área de urgencias, cometiendo diversas omisiones en su actuación, así como en la debida integración del expediente clínico. Actuación de SPR1 que se especifica en seguida de acuerdo a lo siguiente:

100. SPR1 atendió a V a partir de su llegada al área de urgencias del HGJ, es decir, del diecisiete de agosto de 2021 a las diecinueve horas con cincuenta y cinco minutos. Tras la valoración inicial que practicó a V, lo diagnosticó con neumonía atípica más Covid-19. SPR1 precisó el resultado positivo de la prueba Covid, el estado de

gravedad de V, los riesgos, las consecuencias, además de la posibilidad de intubación y fallecimiento, lo que de acuerdo a lo que dejó asentado en su nota, hizo de conocimiento a los familiares.[72]

101. En cuanto a lo anterior, la CCAMEM[73] en su dictamen destaca que:

> [...] llama la atención que, el médico (**SPR1**) **no contempló solicitar interconsulta con los responsables del triage respiratorio COVID o por los especialistas de Medicina Interna y/o terapia Intensiva, dónde la disnea[74] y la misma obesidad, fueron subestimados por el facultativo, que de acuerdo a la literatura y práctica médica vigentes, el primero es considerado el síntoma central en pacientes en estado crítico por COVID-19 y el segundo, como factor de riesgo adicional para desarrollar enfermedad grave** (negritas fuera de texto).

102. También, la CCAMEM señala que **SPR1**[75] pasó por alto la linfopenia[76] de 18% -que se califica como predictor de gravedad- el cual era un dato de mal pronóstico y que lo debió alertar: "ameritando determinación de otros predictores séricos de

[72] Foja 97 del expediente, párrafo 31.
[73].Foja 288, reverso, párrafo 35.
[74] "Respiración dificultosa o laboriosa ya sea por actividad física vigorosa, anemia, enfermedad pulmonar o cardíaca". Cfr. Panda, UN. Diccionario médico conciso y de bolsillo, 2ª edición, Panamá, Jaypee-Highlights Medical Publishers, 2013, p. 199.
[75] Foja 289, párrafo 35.
[76] Menor número de linfocitos en sangre que se asocia a una neumonía grave. Cfr. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, así como SEPAR, "La COVID-19 grave se caracteriza por linfopenia, un potencial biomarcador de casos críticos y una clave para fármacos", nota de prensa, 25 de marzo de 2020.

severidad como Dímero D,[77] CPK,[78] Troponinas[79] y Ferritina",[80] sin que se documentase haber solicitado los estudios correspondientes en el expediente. Lo que se corrobora del análisis del expediente clínico remitido, en donde se advierte que el día en que V fue recibido por el hospital y atendido por SPR1, no fueron ordenados ni realizados estudios adicionales al análisis de laboratorio inicialmente practicado.

103. Además, según la CCAMEM, otro indicador clínico de la gravedad que presentaba V consistió en un requerimiento de 3[illegible]% de fracción inspirada de oxígeno (FiO2)[81] para mantener la saturación de oxígeno periférico (SpO2)[82] en 92%, frecuencia respiratoria superior a 30 respiraciones por minuto, así como infiltrados pulmonares,[83] que en las circunstancias del caso: "[...] orientaban a considerar que se trataba de un caso con criterios de severidad, con un riesgo elevado para desarrollar complicaciones inherentes al proceso inflamatorio secundario a la

[77] Se utiliza para averiguar la existencia de trastornos en la coagulación de la sangre. Cfr. Moreno, G., Carbonell, R., Bodí, M. y Rodríguez, A., "Revisión sistemática sobre la utilidad pronóstica del dímero-D, coagulación intravascular diseminada y tratamiento anticoagulante en pacientes graves con COVID-19" en *Medicina intensiva*, vol. 45, núm. 1, enero-febrero 2021, pp. Pp. 42-55.

[78] Creatina-fosfoquinasa. El registro de CPK elevada en la sangre sugiere lesiones en corazón, cerebro o en los músculos esqueléticos. Se emplea para diagnosticar enfermedades inflamatorias de los músculos y diagnosticar un infarto cardíaco, además de que: "La activación exacerbada de la respuesta inflamatoria observada en pacientes con COVID-19 parece ser el factor clave que da inicio a múltiples complicaciones futuras." Cfr. López, Luis Edgardo y Mazzucco, maría Daniela, "Alteraciones de parámetros de laboratorio en pacientes con SARS-CoV-2" en *Acta bioquímica Clínica Latinoamericana*, vol. 54, núm., 3, 2020, pp. 293-307.

[79] La troponina es un tipo de proteína que se halla en los músculos del corazón, por lo regular no se encuentra en la sangre, pero cuando el músculo del corazón sufre un daño libera troponina al torrente sanguíneo, mientras se incrementa el daño al corazón, más troponina se libera en la sangre: "La elevación de la troponina cardiaca como marcador de daño miocárdico es un predictor pronóstico en pacientes con COVID-19". Cfr. Bardají, Alfredo et alia, "Implicaciones pronósticas del daño miocárdico en pacientes con y sin diagnóstico confirmado de COVID-19 atendidos en un hospital universitario" en *Revista Española de Cardiología*, Vol. 74, núm. 1, enero 2021, pp. 24-32.

[80] Es la proteína que utiliza el organismo para almacenar hierro dentro de las células y emplearlo cuando se necesita. Los niveles elevados de ferritina sérica se relacionan con la gravedad de COVID-19. Cfr. Galicia García, Cesar, Santana Hernández, Gabriela Patricia y Vega Sánchez, Ángel Emmanuel, "Asociación de ferritina con deterioro ventilatorio y mortalidad debido a COVID-19 en terapia intensiva" en *Medicina crítica*, Vol. 35, Núm. 3, Ciudad de México, mayo-junio 2021, pp. 121-129.

[81] Fracción inspirada de oxígeno. Es la concentración de oxígeno en la mezcla del aire inspirado. El índice promedio en una persona sana es superior a 50.

[82] Saturación de Oxígeno Periférico. Los parámetros normales se ubican entre 95 a 100 %.

[83] Se trata de siluetas que se observan en estudios de imagen de los pulmones y que sugieren alteraciones en su función normal. Cfr. Mayanga-Sausa, Silvia Lucía et alia, "Utilidad de la radiografía de tórax en el contexto de la pandemia por SARS-Cov-2" en Revista de la Facultad de Medicina Humana, vol. 20, núm. 4, Lima, diciembre de 2020, pp. 682-689.



infección viral por SARS documentada por examen de serología positivo (negritas fuera de texto)."[84]

104. Es necesario señalar que el expediente clínico carece de evidencia de la aplicación de gasometría[85] al ingreso de V al hospital, lo que de acuerdo a lo señalado por la CCAMEM, resulta: "elemento indispensable para establecer la gravedad de la insuficiencia respiratoria, a través del índice de oxigenación o PaO/Fio2."[86]

105. Resulta oportuno acotar que acorde a lo indicado por SP1[87] el HGJ no contaba con unidad de cuidados intensivos ni disponibilidad de ventiladores,[88] lo que evidencia que como señala la CCAMEM: [...] (el HGJ) **tenía capacidad limitada de recursos humanos y técnicos que no garantizaban una atención oportuna y adecuada a un paciente con infección por Covid-19, con criterios de severidad, dónde la misma obesidad como factor de riesgo, incrementaba la posibilidad de evolucionar hacia un escenario clínico grave** [...] (negritas fuera de texto)."[89]

106. Por las razones antes expuestas, el personal médico del HGJ debió ceñir su actuación a las pautas contenidas en el **Lineamiento para la atención de pacientes por Covid-19 de 14 de febrero de 2020**, en concreto:

> **En situaciones de aumento en la solicitud de los servicios de salud, es muy importante mantener un adecuado juicio de referencia temprana de pacientes con riesgos de evolucionar hacia un escenario clínico grave.**

[84] Foja 289 del expediente, párrafo 35.
[85] La gasometría mide las cantidades de oxígeno y de bióxido de carbono que son transportadas hacia todo el cuerpo por la sangre. Permite conocer el funcionamiento de los pulmones y el corazón.
[86] Foja 289 del expediente, párrafo 35. El índice de oxigenación también es llamado índice de Kirby.
[87] Foja 63, párrafo 31.
[88] Foja 298, párrafo 36.
[89] Reverso de la foja 289. Párrafo 35.

RECEIVED
SEP 14 2020
DOCUMENT SERVICES

107. En este punto es necesario indicar que si bien es cierto que cuando acontecieron los hechos materia de la presente Recomendación, la pandemia no se hallaba en su punto máximo, también lo es que en el HGJ no existía -ni existe- área de terapia intensiva, ni contaba con espacio adecuado para la debida atención de pacientes enfermos por COVID-19.[90]

108. De conformidad con lo anterior, manteniendo un adecuado juicio de referencia temprana por el sólo riesgo de evolucionar hacia un estado de gravedad; por lo que debió hacerse el trámite para el inmediato traslado de V a otro nosocomio de segundo o tercer nivel para su adecuada atención -se insiste-, sin que en el expediente clínico obre nota alguna de la realización de acciones para referir al paciente a otro hospital, ni tampoco de documentación que informe las razones de la permanencia del paciente en el HGJ.[91]

V.3.1.2. Responsabilidad de SPR2

109. SPR2 atendió a V durante el segundo día de su estancia en el área de urgencias del HGJ. De manera semejante a lo ocurrido con SPR1, a pesar del conjunto de datos, signos y síntomas que denotaban la severidad del padecimiento que aquejaba a la víctima, SPR2 adoptó una actitud expectante, sin actuar, omitiendo ordenar la realización de estudios para conocer con certeza, aspectos esenciales en el estado de salud de la víctima. A continuación, se explica con mayor detalle su proceder.

[90] Reverso de la foja 289, párrafo 35 y foja 298, párrafo 36.
[91] Tomando en cuenta que el nombre de V no aparecía en la base de datos de derechohabientes del ISSSTE. Párrafos 28, 31 y 35.

110. A las diecisiete horas del dieciocho de agosto de dos mil veintiuno, **SPR2** registró que V se hallaba en el área de aislado respiratorio de urgencias, en estado grave, diagnosticado con insuficiencia respiratoria tipo I,[92] neumonía viral Covid-19 y obesidad clase III (mórbida), con la presencia de tos, polipnea[93] de 28 ciclos, temperatura de 38 grados y saturaciones de oxígeno entre 92 y 94%, dependiente de oxígeno por mascarilla reservorio a 6 litros por minuto, presencia de estertores subcrepitantes de predominio basal bilateral, asentando además que "cuenta con gasometría venosa de ingreso no valorable para cálculo de PaO2/FiO2"[94], lo que acorde a la CCAMEM, impedía determinar su índice de oxigenación y:

> (el caso de V) presentaba criterios de severidad, ameritando toma de decisiones enfocadas al manejo de la vía aérea de índole invasivo, que de acuerdo a la evidencia disponible, la ventilación no invasiva no se recomienda para el manejo ventilatorio de pacientes con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda por infección viral grave [...]

111. De igual forma, según señala la CCAMEM, **SPR2 omitió ordenar estudios auxiliares de diagnóstico** por laboratorio, gasometrías, marcadores de severidad, serológicos y de imagen por medio de radiografía y tomografía de tórax, "enfocados a establecer su estado (de V) real de oxigenación, equilibrio ácido-base, estado bioquímico y grado de inflamación sistémica, **sin embargo, su conducta** (de **SPR2**) **fue de carácter observacional**" (negritas fuera de texto), toda vez que el expediente

---

[92] Se llama insuficiencia respiratoria al intercambio inadecuado de gases causado por el mal funcionamiento de uno o más componentes del aparato respiratorio. Al tipo I se le denomina hipoxémica y se define por la saturación arterial de oxígeno inferior al 90% mientras se respira una fracción inspirada de oxígeno: "La insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda puede ser resultado de neumonía, edema pulmonar (cardiógeno o no) y hemorragia alveolar. La hipoxemia se produce por discrepancia entre la ventilación y la perfusión, y por cortocircuito intrapulmonar." Cfr. Kasper, Dennis L., et alia. *Harrison. Manual de Medicina*, 19ª edición, México, D F, 2017, McGraw Hill Interamericana Editores.

[93] Respiración muy frecuente y superficial. Universidad de Salamanca, *Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*, disponible en: https://dicciomed.usal.es/palabra/polipnea (consultado el 6 de septiembre de 2022).

[94] Foja 96 del expediente, párrafo 31.

clínico carece de documental que demuestre alguna acción por parte de SPR2 al respecto.[95]

V.3.1.3. Responsabilidad de SPR3

112. SPR3 brindó su servicio a V durante la noche del segundo día (dieciocho de agosto de dos mil veintiuno) de su estancia en el área de urgencias del HGJ. **SPR3** documentó la gravedad en el estado de salud del paciente, pero sin que esto lo llevara a tomar decisiones congruentes con esa gravedad. Se observa en el expediente médico que dicho servidor público llegó a asentar en su nota médica que el síndrome de insuficiencia respiratoria aguda que presentaba V era de índole moderada, sin embargo no refirió sustento alguno para dicha afirmación, además de insistir al paciente que mantuviera posición boca abajo, ello a pesar de esto se encuentra contraindicado en el protocolo respectivo, para el caso de pacientes con obesidad mórbida y dificultad respiratoria en reposo, como ocurría. En las líneas que siguen se pormenorizan sus acciones.

113. SPR3 por su parte, precisó en su nota de atención de las veintidós horas con treinta minutos del mismo dieciocho de agosto de 2021[96], que V presentaba disnea,[97] síndrome de insuficiencia respiratoria aguda[98] moderado, pero como acota la CCAMEM, el servidor público **no expresó las razones para aseverar esto último o referir de qué manera estableció el índice de oxigenación del paciente.**[99]

---

[95] Foja 290, anverso y reverso, párrafo 35.
[96] Foja 95 del expediente, párrafo 31.
[97] Dificultad respiratoria.
[98] Es una enfermedad pulmonar aguda: "Es un tipo de insuficiencia respiratoria (pulmonar) causada por diversos trastornos que provocan la acumulación de líquido en los pulmones y concentraciones de oxígeno sanguíneo demasiados bajas." Se asocia a menudo con falla orgánica múltiple, Cfr.Bhakti K. Patel. SDRA, disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/insuficiencia-respiratoria-y-s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-aguda/s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-aguda-sdra (consultado el 7 de octubre de 2022).
[99] Foja 290, reverso, párrafo 35.

Asimismo, SPR3 anotó: "[...] ADD 00:30 Se insiste al paciente, hacer lo posible para mantener posición prono con poca colaboración a pesar de explicarle la importancia de dicha posición [...]." Al respecto debe decirse que:

> [...] de acuerdo al **protocolo de posición prono en paciente consciente con falla respiratoria aguda por COVID-19** se recomienda que en todos los sistemas de oxígeno, y los no invasivos en particular, se debe **monitorizar** al paciente lo suficientemente cerca, garantizando que los riesgos de la pronación no superen a los beneficios, que **en el presente caso, existían contraindicaciones relativas para su aplicación por la obesidad mórbida y disnea en reposo persistente**, dónde el mismo protocolo señala su retiro de no tolerarlo el paciente (negritas fuera de texto).[100]

114. SPR3 ordenó en la misma nota médica, dieta líquida, la administración al paciente de un protector de mucosa gástrica, un antipirético y analgésico, un anticoagulante, un antibiótico, un esteroide y un broncodilatador, así como monitorización y oximetría de pulso continuos, posición prono continua y oxígeno por bolsa reservorio para lograr saturación superior al 92%. La misma nota cuenta con una indicación manuscrita efectuada por **SP5** (a las ocho horas con cuarenta y tres minutos, sin indicar fecha) en la que ordenó el ingreso de V al área de hospitalización de medicina interna, respecto de lo cual debe señalarse que **el expediente clínico carece de nota de interconsulta con valoración efectuada por médico internista**.[101]

115. De acuerdo con el dictamen de la CCAMEM, los parámetros de la gasometría del diecinueve de agosto a las nueve horas con treinta y ocho minutos, indicaron que V

[100] Ídem.
[101] Así lo observa la CCAMEM en la foja 291, párrafo 35.

"cursaba con alcalosis[102] respiratoria e hiperoxemia[103] con una presión parcial de bióxido de carbono disminuida y presión parcial de oxígeno aumentada [...] alteraciones vinculadas a la polipnea y volumen de oxígeno suministrado. Habiendo transcurrido aproximadamente cuarenta horas de su admisión al hospital".[104]

V.3.1.4. Responsabilidad de SPR4

116. SPR4 atendió a V el diecinueve y el veinte de agosto de dos mil veintiuno en el área de medicina interna. La actuación de SPR4 presenta contradicción y omisiones. Contradicción, porque a pesar de todos los datos de la gravedad con que cursaba el paciente y que el mismo servidor público asentó en la nota de ingreso a Medicina Interna, consideró que se trataba de una infección *leve* por Covid. Omisiones, porque SPR4 debió proceder proactivamente en busca de mayor cantidad de datos que le permitieran establecer adecuadamente la situación de la víctima, sin haberlo hecho, así como actuar diligentemente para solucionar la problemática que presentaba. Inclusive, SPR4 omitió ordenar la realización de estudios de imagen y laboratorio que resultaban necesarios, dadas las condiciones de salud del paciente. A continuación, se pormenoriza lo anterior.

117. SPR4 asentó en la nota de ingreso a Medicina interna del diecinueve de agosto a las doce horas con treinta y tres minutos, que V cursaba un padecimiento de siete

---

[102] "Cualquiera de los trastornos del equilibrio ácido-básico caracterizados por una tendencia al aumento del pH de los líquidos corporales debido a una acumulación de álcalis o a una disminución de ácidos". Cfr. Real Academia Nacional de Medicina de España. *Diccionario de términos médicos*, disponible en: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=9&LEMA_BUS=alcalosis (consultado el 13 de septiembre de 2022).
[103] "Aumento anormal de la presión parcial de oxígeno o de la concentración de oxígeno en la sangre" Cfr. Ibídem, disponible en: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=9&LEMA_BUS=hiperoxemia (consultado el 13 de septiembre de 2022).
[104] Foja 291, párrafo 35.

días de evolución con presencia de odinofagia,[105] tos seca, fiebre de hasta 38.9 grados centígrados, cefalea, mialgias y dolor torácico, dificultad respiratoria desde dos días antes de su ingreso al HGJ. Señaló que V se encontraba despierto y cooperador al examen físico, con estado neurológico conservado, frecuencia respiratoria de 26. El resto de los signos vitales dentro de parámetros normales. Con saturación de oxígeno al 90%, murmullo vesicular disminuido de forma generalizada[106] de predominio infraescapular,[107] con estertores crepitantes escasos, tos húmeda acompañada de expectoración amarilla. **Con estado de salud grave**, insuficiencia respiratoria tipo 1, **neumonía atípica por Covid-19 no grave**, obesidad mórbida y probable síndrome de apnea obstructiva del sueño.[108]

118. En cuanto al servicio proporcionado por **SPR4**, la CCAMEM manifiesta:

> [...] (**SPR4**) **opinó que se trataba de una infección por Covid leve**, con un índice de oxigenación de 270, situación contradictoria al señalar que el paciente se encontraba en estado de gravedad con insuficiencia respiratoria tipo 1, saturando al 90%, en éste contexto, de acuerdo al "**Lineamiento para la atención de pacientes por covid-19, 14 de febrero 2020**", establece que los datos de alarma deben buscarse intencionalmente al interrogatorio y exploración física, que incluyen oximetría de pulso

[105] "Dolor esofágico con la deglución". Cfr. Real Academia Nacional de Medicina de España. Op. cit., nota 53. Disponible en: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=9&LEMA_BUS=odinofagia (consultado el 13 de septiembre de 2022).
[106] "Indica un movimiento insuficiente de aire en las vías aéreas, como sucede en el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, donde el broncoespasmo u otros mecanismos limitan el flujo de aire. También pueden estar disminuidos los ruidos respiratorios en presencia de derrame pleural, neumotórax o lesión obstructiva endobronquial". Cfr. Dezube, Rebecca, "Evaluación del paciente con trastornos pulmonares" en Manual MSD, versión para profesionales, disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-pulmonares/abordaje-del-paciente-con-trastornos-pulmonares/evaluaci%C3%B3n-del-paciente-con-trastornos-pulmonares (consultado el 13 de septiembre de 2022).
[107] De escápula=homóplato. Cfr. RAE, Diccionario de la Lengua Española, disponible en: https://dle.rae.es/esc%C3%A1pula (consultado el 13 de septiembre de 2022).
[108] Foja 94, párrafo 31.

> y descontrol glucémico; [109] de manera adicional, el Lineamiento sugiere utilizar escalas para identificar la gravedad y el riesgo de mortalidad, que permitan a los médicos de cuidados críticos, identificar y valorar tempranamente a los pacientes críticamente enfermos, incluyendo la necesidad de ventilación mecánica, por ejemplo NEWS, que en el presente caso, el puntaje alcanzado en dicha escala era de 8 puntos (frecuencia respiratoria ≥25, SpO2 ≤91 con uso de oxígeno suplementario), es decir, con riesgo clínico alto, requiriendo una respuesta emergente, con monitoreo continuo de los signos vitales, dónde el equipo de respuesta rápida debe estar capacitado para el manejo crítico, incluyendo la vía aérea, protocolo que no se documenta haya solicitado el otorgante de la atención (negritas fuera de texto).[110]

119. La hoja de enfermería relativa al mismo diecinueve de agosto del año próximo pasado contiene registros de temperatura cuyo punto más alto llegó a 39 grados centígrados, asimismo, hubo variaciones en cuanto a la saturación de oxígeno presentada por el paciente, con un mínimo registrado de 89%, además de polipnea entre 22 y 24 ciclos por minuto. En cuanto a tensión arterial se mantuvo estable y presentó taquicardia moderada.[111] De lo anterior la CCAMEM puntualiza que de acuerdo con la escala NEWS,[112] el puntaje se situaba entre 6 y 7: "debiéndose

---

[109] Glucemia: Presencia de glucosa en la sangre, en el plasma o en el suero. Hiperglucemia: Aumento anormal de la concentración sanguínea, plasmática o sérica de glucosa, propio de los estados de intolerancia a los hidratos de carbono, como la diabetes *mellitus*. Cfr. Real Academia Nacional de Medicina de España. Op. cit., nota 53. Disponible en: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=9&LEMA_BUS= glucemia e hiperglucemia (consultado el 13 de septiembre de 2022). "[...] un paciente que ingresa al hospital por COVID-19, y que presenta hiperglucemia, posee un mayor riesgo de muerte que aquel que no la presenta [...]", Cfr. Gotés Palazuelos, José, "Descontrol glucémico en infección por SARS-CoV-2", 22 de mayo de 2020, en Medscape, disponible en: https://espanol.medscape.com/verarticulo/5905456_2?reg=1 (consultado el 13 de septiembre de 2022).

[110] Foja 291, reverso, párrafo 35.

[111] Foja 122, párrafo 31.

[112] National Early Warning Score (NEWS): "Es una herramienta utilizada en escenarios de ambiente hospitalario en servicios como urgencias y hospitalización dónde la aplicabilidad se da principalmente para condiciones clínicas que pueden desencadenar en un deterioro que requiera intervención avanzada o maniobra invasiva, la escala permite al personal de salud actuar de manera rápida y activar equipos de respuesta utilizando parámetros fisiológicos básicos y de fácil medición disminuyendo ingresos a otros servicios de intervención y gastos en salud." Cfr. Bochmann Cárdenas et al. "Correlación de la escala NEWS 2 con los días de estancia hospitalaria y mortalidad en una institución de cuarto nivel de atención en Bogotá", Universidad del Rosario, disponible en: https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/30608/Correlacion-de-la-escala-NEWS-2-con-los-dias-de-estancia-hospitalaria-y-mortalidad-en-una-institucion-de-cuarto-nivel-de-atencion-en-Bogota-(1).pdf?sequence=1#:~:text=Es%20una%20escala%20para%20medir,adversos%20en%20el%20medio%20intrahospitalario. https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/30608/Correlacion-de-la-escala-NEWS-2-con-los-dias-de-estancia-

considerar manejo invasivo de la vía aérea de manera temprana por parte del personal médico responsable en la atención del señor [...] (V) (negritas fuera de texto)."[113]

120. Por otra parte, según la CCAMEM, de la radiografía de tórax anteroposterior tomada al paciente el diecinueve de agosto de 2021,

> "se observa el hemidiafragma derecho borrado en relación a derrame pleural, zona de consolidación basal derecha, ensanchamiento del intersticio peribronquial, asociado a proceso bronquial bilateral, engrosamiento de la cisura menor, hilos conservados con elevación del ápex cardiaco, [...] **existían cambios en comparación a la radiografía de ingreso, con una estratificación RALE 6,**[114] **sin embargo, existe omisión de comentarios por parte del facultativo, ameritando auxiliares diagnóstico adicionales** tanto de imagen y por laboratorio mediante tomografía de tórax debido a su mayor sensibilidad para establecer el grado de severidad radiológica de acuerdo al porcentaje de parénquima pulmonar afectado, así como marcadores inflamatorios de severidad con determinación del dímeroD, CPK, Proteína C Reactiva, DHL, cuenta con linfocitos, fibrinógeno, ProBNP (Péptido Natriurético Cerebral) y Troponina (negritas fuera de texto).

121. Tal como hace notar la CCAMEM, la siguiente nota médica existente en el expediente clínico es del veinte de agosto de 2021, emitida también por **SPR4** a las

---

hospitalaria-y-mortalidad-en-una-institucion-de-cuarto-nivel-de-atencion-en-Bogota-(1).pdf?sequence=1#:~:text=Es%20una%20escala%20para%20medir,adversos%20en%20el%20medio%20intrahospitalario. (consultado el 13 de septiembre de 2022).

[113] Foja 292, párrafo 35.

[114] Lo que implica agravamiento en la condición de salud de V, en razón de que ingresó dos días antes con una estratificación de severidad radiológica RALE 4. Lo que implica agravamiento en la condición de salud de V, en razón de que ingresó dos días antes con una estratificación de severidad radiológica RALE 4. RALE significa Radiographic Assesment of Lung Edema. Es una escala de 0 a 8 puntos según la extensión radiológica de la afectación pulmonar: RX normal=0, máxima afectación=8. La puntuación se obtiene calculando la afectación de cada pulmón por separado y sumándolos finalmente. Cfr. Ureña Vacas A. y Vicente Bártulos A. "Estratificación severidad radiológica COVID 19 mediante RX" disponible en: https://sostelemedicina.ucv.ve/covid19/manuales/Estratificacion%20severidad%20COVID-19%20mediante%20RX.pdf (consultado el 13 de septiembre de 2022).

trece horas,[115] sin hallarse notas adicionales demostrativas de una atención y vigilancia estrecha a V por parte de los médicos responsables, en los diferentes turnos, del área de Medicina interna.[116] Esto es, dado que la nota médica antecedente data de las doce horas con treinta y tres minutos del diecinueve de agosto, puede decirse que el expediente carece de evidencia documental que acredite una adecuada atención médica de los servidores públicos (del área de Medicina interna) que tuvieron a su cargo la atención de la víctima en el presente asunto, durante poco más de veinticuatro horas, configurándose una omisión más.

122. En cuanto a la nota líneas antes mencionada,[117] debe decirse que de acuerdo con los signos vitales asentados en ella, V cursaba con polipnea moderada, taquicardia y fiebre. SPR4 lo describió asintomático, los campos pulmonares del paciente presentaban estertores escasos, en tanto que el resto del examen físico dentro de parámetros normales. El índice de oxigenación en 162.5, que según la CCAMEM indicaba síndrome de insuficiencia respiratoria agudo moderado.[118] Debe decirse que SPR4 no modificó el tratamiento al paciente, y omitió efectuar comentario alguno en cuanto a los hallazgos de la radiografía de tórax de diecinueve de agosto.[119]

Acotación complementaria:

123. La toma de signos vitales y de saturación de oxígeno durante el veinte de agosto de 2021 se llevó a cabo cada cuatro horas, esto es, en dos ocasiones durante cada

[115] Foja 93, párrafo 31.
[116] Foja 292, párrafo 35.
[117] Foja 93, párrafo 31.
[118] Foja 292, reverso, párrafo 35.
[119] Foja 93, párrafo 31.

uno de los tres turnos, según consta en los registros de enfermería de esa fecha.[120] Cabe señalar que en el turno nocturno, a primera hora del veintiuno de agosto, la saturación de oxígeno fue de 86%, mostrando un descenso que llegó a 82% cinco horas después, **sin** que se haya documentado la **toma de decisiones médicas destinadas a revertir la situación** por parte del personal responsable de ello, según señala la CCAMEM.[121]

V.3.1.5. Responsabilidad de SPR5

124. **SPR5** atendió a V los días veintiuno y veintidós de agosto del año próximo pasado. **SPR5** testificó -al asentarlo tanto en su primera nota médica, como en la última- el franco deterioro en las condiciones de salud de la víctima (V) que hacían necesaria, entre otras, su intubación orotraqueal con el fin de mantener abierta la vía para suministrarle oxígeno. Sin embargo, **SPR5** omitió argumentar en el expediente la importancia de su realización, toda vez que la situación ponía en riesgo la salud y la vida de V y hacía indispensable al mismo tiempo, proporcionar toda la información necesaria para que el paciente comprendiera dicha necesidad. Lo que no ocurrió. Asimismo, **SPR5** asumió una conducta expectante, omisa, desinteresada, a pesar del gradual agravamiento de su paciente. Consecutivamente se hace mayor precisión de lo referido.

125. Más de veinticuatro horas después de la última nota de Medicina interna fue efectuada otra valoración de dicha área, en este caso por parte de **SPR5**, quien a las catorce horas del veintiuno de agosto[122] describió al paciente (V) como "inquieto", al

[120] Foja 121, párrafo 31.
[121] Foja 121, párrafo 31 y foja 292, reverso, párrafo 35.
[122] Foja 93, reverso, párrafo 31.

respecto acota la CCAMEM: "sin que esto llamara su atención (de SPR5), como manifestación neurológica sutil de hipoxia,"[123] asimismo, V presentó "bradicardia leve a moderada"[124] de 58 latidos por minuto, tensión arterial normal, frecuencia respiratoria de 24 ciclos por minuto, saturación de oxígeno de 87%, en cuanto a fracción inspirada de oxígeno[125] un índice de 0.40, "equivalente a un suministro de 5 litros por puntas nasales que, de acuerdo a los registros en la saturación de oxígeno consignados en la hoja de enfermería de la misma fecha, resultaba insuficiente para garantizar el mantenimiento de una SpO_2 (saturación) objetivo […]."[126] Ante ello, según SPR5 asentó en la nota y manifestó ante esta Comisión durante su comparecencia,[127] propuso al paciente (V) y a su pareja[128] la posibilidad de someterlo a ventilación mecánica invasiva de la vía aérea, rechazándola el paciente y su familiar, por lo cual SPR5 indicó continuar con otro método, consistente en mascarilla reservorio.

126. En cuanto a lo anterior, como bien señala la CCAMEM:

> […] **el expediente no contiene evidencia documental** por parte del Doctor […] (**SPR5**) con las justificaciones y argumentos para llevar a cabo la intubación orotraqueal, destacándolo como una terapia indispensable y necesaria en la atención del señor […] (V) que al no aceptar tampoco el familiar responsable el procedimiento, **debió elaborarse un documento adicional asentando su negativa, con sus respectivas firmas, toda vez que en la Carta de Consentimiento Informado del diecisiete de agosto del dos mil veintiuno, no especifica la posibilidad de intubación, asentando de manera genérica en el rubro de tratamiento médico el**

[123] Foja 292, reverso, párrafo 35.
[124] Ídem.
[125] "La fracción inspirada de oxígeno (FIO2) es la concentración o proporción de oxígeno en la mezcla del aire inspirado. Por ejemplo, si el volumen corriente de un paciente es de 500 ml y está compuesto por 250 ml de oxígeno, la FIO2 es del 50%." Cfr. IMSS. *Material de apoyo para equipos de respuesta COVID-19*, 24 de abril de 2020.
[126] Fojas 120, párrafo 31 y 292, reverso, párrafo 35.
[127] Foja 168, párrafo 32.
[128] Foja 93, reverso, párrafo 31.

siguiente texto: "Los necesarios si se requieren", que en sentido estricto, el médico estaba autorizado a intubarlo al estar en riesgo la integridad y la vida del paciente (resaltado fuera de texto).[129]

127. Una omisión más, observada en el expediente clínico de V consiste en la **ausencia de documentación relativa a controles gasométricos** durante el veintiuno de agosto del año próximo pasado, que según el criterio de la CCAMEM resultaban indispensables para la determinación del índice de oxigenación y por ende para clasificar la insuficiencia respiratoria aguda que aquejaba a la víctima.[130]

128. Por su parte, la hoja de enfermería de veintiuno de agosto muestra que V tenía taquipnea de entre 22 a 26 ciclos por minuto, lo que era indicativo, de conformidad con los criterios de la escala NEWS de un puntaje de 7: "como predictor en la necesidad de ventilación mecánica con un riesgo clínico alto [...]."[131]

129. La acción siguiente por parte del área de Medicina interna cuenta con un registro de las catorce horas del veintidós de agosto, realizado por **SPR5**, que asentó como datos del paciente (V), presión arterial de 122/59 milímetros de mercurio, con diastólica tendiente a la hipotensión, taquicardia de 97 latidos por minuto, fiebre de 39.8 grados centígrados, taquipnea de 36 ciclos por minuto, fracción inspirada de oxígeno en 6 litros y campos pulmonares con estertores diseminados.[132] En cuanto a la radiografía de tórax, también del veintiuno de agosto de 2021, **SPR5** especificó: "hay placa portátil de tórax [que] sugiere cardiomegalia[133] (el hecho de que sea una

[129] Foja 293, párrafo 35.
[130] Ídem.
[131] Foja 120, párrafo 31.
[132] Foja 93, reverso, párrafo 31.
[133] Ídem. "Aumento anormal del tamaño del corazón como consecuencia de una hipertrofia o hiperplasia de sus paredes o por dilatación de las cavidades cardíacas. Se puede reconocer a través de la exploración física o, más a menudo, por el aumento de la silueta cardíaca con alguna de las técnicas de imagen." Cfr. Real Academia Nacional de Medicina de España. Op. cit., nota 53.

placa portátil hace difícil evaluar esto); hay radioopacidad generalizada en pulmones sugiriendo infiltrados bilaterales [...]".

130. Sobre dicha radiografía, y en general acerca de las placas de tórax practicadas a V durante su estancia en el HGJ, la CCAMEM asevera:

> [...] estudio de imagen que fue revisado y analizado por la Comisión (CCAMEM), apreciando disminución de los espacios intercostales[134], borramiento de ambos hemidiafragmas en relación a derrame pleural; aumento de la densidad en relación a zonas de consolidación bilaterales de distribución difusa asociadas a neumonía de focos múltiples, ensanchamiento del intersticio peribronquial por proceso bronquial bilateral, en este contexto, se aprecian cambios significativos de forma secuencial en las placas de tórax correspondientes a las fechas 17, 19 y 22 de agosto del dos mil veintiuno, que de acuerdo a los hallazgos en la última radiografía, la puntuación era mayor a 6 en la estratificación RALE, es decir, **una enfermedad severa** con áreas extensas de incremento de la opacidad y consolidaciones francas del espacio aéreo, con afectación bilateral, predominando en lóbulos inferiores, **ameritando desde un inicio** cuando ingresó (V) al hospital, **estudio de tomografía simple de tórax para estadificar correctamente el grado de afectación pulmonar**, como ya fue comentado, ante la poca sensibilidad de la radiografía de tórax en la detección de alteraciones tempranas (resaltado fuera de texto).[135]

131. Continuando con la valoración del proceder de **SPR5** -del veintidós de agosto a las catorce horas, según consta en la nota correspondiente-,[136] el servidor público en cuestión hizo mención de los resultados de gasometría ("pH 7.41, PCO_2 39, PO_2 34,

---

Disponible en: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=cardiomegalia (consultado el 14 de septiembre de 2022).

[134] "Se denomina espacio intercostal al existente entre las costillas adyacentes. Está ocupado por los músculos intercostales." Cfr. *Diccionario médico*, Clínica Universidad de Navarra, disponible en: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/espacio-intercostal (consultado el 14 de septiembre de 2022).

[135] Foja 293, anverso y reverso, párrafo 35.

[136] Foja 93, reverso, párrafo 31.

HCO_3 24.7"), de los que destaca la CCAMEM: "la franca disminución en la concentración en la presión de oxígeno de 34 milímetros de mercurio, es decir, una cantidad de oxígeno disuelta en sangre insuficiente para mantener una entrega de oxígeno adecuada a nivel sistémico",[137] lo que según las manifestaciones de **SPR5**[138] le hizo plantear nuevamente la posibilidad de asistencia ventilatoria mecánica al paciente (V) y a su familiar (Q), **pero no como una imperiosa necesidad**, obteniendo como respuesta la tajante negativa de V y la desaprobación de Q –aseveración de **SPR5** que, valga señalar, no encuentra respaldo en documento alguno que obre en el expediente-, por lo que según aseguró el propio **SPR5** en su nota y durante su comparecencia ante este Organismo, hizo mención a Q de otra alternativa para el paciente, consistente en presión positiva continua en la vía aérea (CPAP),[139] y, no obstante la gravedad de V, **SPR5** expresó que "por el momento no parece necesario"[140], con lo cual, como afirma la CCAMEM, **SPR5 mantuvo** la misma **conducta expectante** sin cambios en el esquema de manejo" (resaltado fuera de texto).[141]

Acotación complementaria:

132. De los registros de la hoja de enfermería del veintidós de agosto,[142] de entre las ocho y las veintidós horas, según puntualiza la CCAMEM,[143] resaltan los registros de frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno "que denotan una oxemia inadecuada

[137] Foja 293, reverso, párrafo 35.
[138] Foja 168, párrafo 32.
[139] "Las siglas CPAP viene del idioma inglés 'Continuous Positive Airway Pressure' en inglés, es decir Presión Positiva Continua (PPC) en la vía aérea (VA); por lo tanto el CPAP-N es un sistema de soporte ventilatorio no invasivo que consiste en la aplicación de una presión mantenida de forma continua en la vía aérea, mediante un flujo de gas que no requiere de una frecuencia de ciclado." Cfr. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Guía técnica de manejo de la presión positiva continua, sl, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/Gobierno nacional Paraguay, sa, p. 11.
[140] Foja 93, reverso, párrafo 31.
[141] Foja 294, párrafo 35.
[142] Foja 119, párrafo 31.
[143] Foja 294, párrafo 35.

con omisión de medidas terapéuticas, encaminadas a su corrección, ante la inexistencia de documentales en el expediente que avalen lo contrario, así como ausencia de notas en la atención y vigilancia estrecha a cargo de los médicos responsables del señor [...] (V) en el área de Medicina Interna, principalmente durante los turnos vespertino y nocturno" (resaltado fuera de texto).

133. El mismo veintidós de agosto de 2021, a las veintidós horas con cinco minutos,[144] toda vez que el área Covid del HGJ no contaba con médicos internistas asignados al turno nocturno, SP11 -médica general adscrita al área de urgencias del HGJ- recibió una llamada telefónica del personal de enfermería que se encontraba asignado al área de Covid, en la que se le informó que el paciente presentaba mayor esfuerzo respiratorio, su saturación de oxígeno era de 60%, junto con taquicardia y polipnea, contando con apoyo respiratorio por medio de bolsa reservorio a 15 litros por minuto (sin que pudiera evaluarse el índice de oxigenación de V, así como el nivel de severidad de insuficiencia respiratoria debido a que no se le había realizado gasometría reciente). Cabe señalar que de acuerdo con el último reporte de presión arterial de oxígeno, el índice de Kirby era de 22.5, lo que obligaba a intubarlo, según el criterio de la CCAMEM.[145]

134. SP11 ingresó al área Covid a las veintidós horas con quince minutos, esto es, diez minutos después de recibir la llamada del personal de enfermería (debido a que tuvo que colocarse equipo de protección para su ingreso), encontró a V sin signos vitales y le aplicó maniobras de reanimación cardiopulmonar sin éxito. A las veintidós horas con cincuenta y cinco minutos del veintidós de agosto de 2021, SP1 declaró el

[144] Foja 84, párrafo 31.
[145] Foja 294, párrafo 35.

fallecimiento de V1 y asentó en el certificado de defunción los diagnósticos de: insuficiencia respiratoria de diez días, neumonía atípica también de diez días, Covid positivo, diez días y obesidad de diez años.[146]

135. De la valoración efectuada por la CCAMEM al expediente clínico integrado con motivo de la atención proporcionada a V en el HGJ, así como del expediente radiológico relativo a dicha atención, se derivan las siguientes conclusiones:

> [...] Se aprecia mala práctica médica en la atención brindada al señor [...] (V) en el [...] (HGJ) perteneciente al [...] (ISEM) del diecisiete al diecinueve de agosto del dos mil veintiuno, por parte de personal médico adscrito al área de Urgencias, a cargo de los doctores [...] **SPR1**, **SPR2** y **SPR3**, quienes a pesar de haber documentado criterios y un estado de gravedad concomitante, en un paciente con cuadro de neumonía atípica, insuficiencia respiratoria tipo 1 y prueba positiva para Covid-19, omitieron solicitar interconsulta con los médicos responsables del área de Covid y/o Medicina Interna, para toma de decisiones enfocadas en su protocolo diagnóstico y adecuado tratamiento de manera oportuna, contando con un factor de riesgo adicional para desarrollar enfermedad grave, debido a la obesidad mórbida que padecía.
>
> [...]
>
> [...] Existen elementos de mala práctica médica en la atención brindada al señor [...] en el [...] (HGJ) perteneciente al [...] (ISEM), del diecinueve al veintidós de agosto de dos mil veintiuno, por parte de los doctores [...] (**SPR4** y **SPR5**) especialistas en Medicina Interna, toda vez que de acuerdo a las notas de evolución e indicaciones médicas, fueron el único personal médico participante en la toma de decisiones y manejo terapéutico del paciente (V), a pesar de la gravedad que presentaba secundaria a la infección por SARS CoV-2 con criterios de severidad y por lo que ameritaba ser

[146] Foja 84, párrafo 31.

referido a un nosocomio con infraestructura para el manejo multidisciplinarios que requería, sin embargo, permaneció hospitalizado hasta el día de su fallecimiento en el citado nosocomio, lo que ocasionó retraso en su atención.[147]

136. Adicionalmente, con soporte en el cúmulo de evidencias reunidas a lo largo del proceso de documentación de violaciones a derechos humanos del presente asunto, se pudo acreditar, por medio del escrito de queja, los informes de la autoridad responsable, el expediente clínico y las manifestaciones de los servidores públicos involucrados en los hechos, sin lugar a duda, que durante el tiempo en que V estuvo hospitalizado en el HGJ, fue proporcionada a Q, en su calidad de familiar responsable del paciente, información parcial, insuficiente, confusa, contradictoria e inoportuna, lo cual acentuó el estado de zozobra en que se hallaba, vulnerando el derecho de acceso a la información en materia de salud, relativo al expediente clínico de las personas.[148]

137. En efecto, la información proporcionada al paciente o usuario de un servicio sanitario puede y debe contribuir al desarrollo del proceso de asistencia médica, optimizar la relación entre el personal de la salud, el paciente o usuario e impulsar la calidad del servicio.[149]

138. Por lo expuesto, este Organismo Constitucional Autónomo considera acreditados los actos y omisiones de los médicos, **SPR1**, **SPR2**, **SPR3**, **SPR4** y **SPR5**, que en su carácter de servidores públicos incumplieron el conjunto de obligaciones que debieron acatar para el debido respeto y observancia de la salud, integridad personal y vida de V, cuya atención distó de ser oportuna, profesional, diligente y de calidad.

---

[147] Fojas 294 y 295, párrafo 35.

[148] Párrafos 28, 31 y 33.

[149] Cfr. García Millán, Ángel, "La información al paciente como pieza clave de la calidad asistencial" en Revista Clínica de Medicina Familiar, Vol. 2, N° 6, Barcelona, febrero de 2009, pp. 275 a 279.

139. De tal manera, con su proceder, los servidores públicos responsables contravinieron las siguientes disposiciones normativas:

De la Ley General de Salud:

> **Artículo 51.-** Los usuarios[150] tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.
>
> [...]
>
> **Artículo 51 Bis 1.-** Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.
>
> [...]

Del PRCPUMSAPAHE:

> La Unidad Médica Referente/ Médico Tratante deberá:
> • Valorar íntegramente al paciente y determinar con base en un diagnóstico médico, si presenta una urgencia calificada, decidir su referencia a una unidad médica de complejidad superior, así como determinar si el paciente requiere que la unidad le gestione telefónicamente cita para su atención.
> • Informar al paciente sobre su referencia y requisitar el formato Referencia y Contrarreferencia (Hoja de Referencia) en original y dos copias, indicar a trabajo social o al Responsable de la función, contactar a la unidad médica receptora y solicitar cita para el paciente, informar a Trabajo Social el diagnóstico médico del mismo y entregarle el formato de referencia y contrarreferencia en original y dos copias.
> [...]

[150] Se considera usuario a toda persona que requiera y obtenga los servicios que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables. Cfr. artículo 50 de la Ley General de Salud.

- Informar al paciente, familiar o responsable de la necesidad de ser referido a una unidad médica de mayor complejidad para recibir la atención médica adecuada al problema de salud que presenta.
- Elaborar indicaciones médicas en Notas de Evolución y garantizar la estabilidad del paciente con urgencia calificada, en tanto es referido, requisitar el formato Referencia y Contrarreferencia (Hoja de Referencia) en original y dos copias y comunicar a Trabajo Social o Responsable de la función, el tipo de unidad médica a contactar para la recepción del paciente

De la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico:

7 De las notas médicas en urgencias

7.1 Inicial.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente:

7.1.1 Fecha y hora en que se otorga el servicio;

7.1.2 Signos vitales;

7.1.3 Motivo de la atención;

7.1.4 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;

7.1.5 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente;

7.1.6 Diagnósticos o problemas clínicos;

7.1.7 Tratamiento y pronóstico.

7.2 Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma;

7.2.1 En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, que deberá realizar el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.

7.3 De referencia/traslado.

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.4, de esta norma.

8 De las notas médicas en hospitalización

8.1 De ingreso.

Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes: **8.1.1** Signos vitales;

8.1.2 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;

8.1.3 Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

8.1.4 Tratamiento y pronóstico.

8.2 Historia clínica.

8.3 Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma.

8.4 Nota de referencia/traslado.

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.4, de esta norma.

Del Lineamiento para la atención de pacientes por Covid-19 de 14 de febrero de 2020:

Referencia y contrareferencia

En situaciones de aumento en la solicitud de los servicios de salud, es muy importante mantener un adecuado juicio de referencia temprana de pacientes con riesgos de evolucionar hacia un escenario clínico grave, que no pueda atenderse por capacidades limitadas de recursos humanos o técnicos del centro hospitalario.

Según las guías publicadas por la OMS, los CDC[151] y Public Health England, las afecciones de salud subyacentes para enfermar gravemente por COVID-19 son:

(a) Enfermedad cardiovascular
(b) Enfermedad renal crónica
(c) Enfermedad respiratoria crónica
(d) Enfermedad hepática crónica
(e) Diabetes
(f) Cánceres con inmunosupresión directa
(g) Cánceres sin inmunosupresión directa, pero con posible inmunosupresión causada por el tratamiento
(h) VIH/SIDA
(i) Tuberculosis (activa)
(j) Trastornos neurológicos crónicos
(k) Trastornos de células falciformes
(l) Consumo de tabaco fumado
(m) **Obesidad severa (índice de masa corporal [IMC] ≥40)**
(n) Hipertensión[152]

V.3.2 Obligación de garantizar

[151] Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del gobierno de los Estados Unidos de América.
[152] Organización Panamericana de la Salud/OMS Américas, "COVID-19 y comorbilidades en las Américas", 2021, folleto.

140. Esta exigencia se traduce en acciones para materializar el derecho, es decir, se trata de una obligación estatal positiva que encuentra una triple vía para su realización: la remoción de todo aquello que restrinja el ejercicio de los derechos; la provisión de los recursos, bienes o servicios, o bien facilitar las actividades para asegurar la igualdad sustantiva; además de planear y establecer metas respecto de los dos puntos anteriores.[153]

141. Asimismo, resulta necesario atender a lo señalado por la SCJN al respecto:

> [...] para determinar [...] la obligación de garantizarlos; y como la finalidad de esta obligación es la realización del derecho fundamental, requiere la eliminación de restricciones al ejercicio de los derechos, así como la provisión de recursos o la facilitación de actividades que tiendan a lograr que todos se encuentren en aptitud de ejercer sus derechos fundamentales. La índole de las acciones dependerá del contexto de cada caso en particular; así, la contextualización del caso particular requiere que el órgano del Estado encargado de garantizar la realización del derecho tenga conocimiento de las necesidades de las personas o grupos involucrados, lo que significa que debe atender a la situación previa de tales grupos o personas y a las demandas de reivindicación de sus derechos. Para ello, el órgano estatal, dentro de su ámbito de facultades, se encuentra obligado a investigar, sancionar y reparar las violaciones a derechos humanos que advierta, de forma que su conducta consistirá en todo lo necesario para lograr la restitución del derecho humano violentado. Por tanto, su cumplimiento puede exigirse de inmediato (mediante la reparación del daño) o ser progresivo. En este último sentido, la solución que se adopte debe atender no sólo al interés en resolver la violación a derechos humanos que enfrente en ese momento, sino también a la finalidad de estructurar un entorno político y social sustentado en derechos

[153] Cfr. Fredman (2008) citado por Serrano y Vázquez, Op. cit., nota 00000, p. 115 y ss.

humanos. Esto implica pensar en formas de reparación que, si bien tienen que ver con el caso concreto, deben ser aptas para guiar más allá de éste.[154]

142. En idéntico sentido, en cuanto a la obligación de garantizar, la Corte IDH ha expresado que no basta con que las autoridades eviten vulnerar los derechos, sino que es preciso adoptar medidas positivas, de acuerdo con las necesidades de protección del titular del derecho, en función de su condición personal o por la circunstancia en que se halle.[155]

143. El Comité DESC ha destacado que los Estados tienen una obligación mínima básica de garantizar la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos reconocidos en el PIDESC, entre los que se encuentra el derecho a la salud. Ciertamente, esos niveles dependen de los recursos disponibles, no obstante, el Estado debe concederles prioridad en los esfuerzos destinados a lograr su realización. En cuanto al derecho a la salud, el Comité ha especificado cinco derechos derivados o componentes a los que corresponde esa obligación mínima básica estatal, uno de ellos es el derecho de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud, sin discriminación, especialmente para los grupos vulnerables o marginales.[156]

144. De igual forma, el Comité DESC contempla entre las obligaciones legales de carácter general de los Estados, la de *cumplir*, que a su vez comprende las

---

[154] DERECHOS HUMANOS. OBLIGACIÓN DE GARANTIZARLOS EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1o., PÁRRAFO TERCERO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Tribunales Colegiados de Circuito, Tesis. XXVII.3o. J/24 (10a.), *Semanario judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, Libro 15, Tomo III, Febrero de 2015, Página 2254, Registro digital 2008515.

[155] *Cfr.* Corte IDH. *Caso González y Otras (Campo Algodonero) vs. México.* Sentencia de 16 de noviembre de 2009 (Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas) Serie C. No. 205, párr. 243, disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_205_esp.pdf (consultado el 26 de septiembre de 2022).

[156] Cfr. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos/OMS. El derecho a la salud, folleto informativo N° 31, Ginebra, OACPDH/OMS, pp. 36 y 37. Cfr. Observación General N° 14 del propio Comité DESC.

obligaciones de *facilitar*, *proporcionar* y *promover*. En concreto, la obligación de cumplir "requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud."[157]

145. Por lo que hace a los hechos materia de la presente Recomendación, si bien es cierto existen desde 2012, tanto el PRCPUMSAPAHE como la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, así como a partir de la irrupción de la pandemia se han expedido: el Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de la Enfermedad Respiratoria Viral, el Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de COVID-19 y el Lineamiento para la Atención de Pacientes por CoVID-19, los cuales tienen nula utilidad si las directrices y pautas que establecen son ignorados por quienes están obligados a cumplirlos.

146. Según ha señalado la Corte IDH, "la obligación de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos no se agota con la existencia de un orden normativo dirigido a hacer posible el cumplimiento de esta obligación, sino que comporta la necesidad de una conducta gubernamental que asegure la existencia, en la realidad, de una eficaz garantía del libre y pleno ejercicio de los derechos humanos."[158]

147. Así, la autoridad sanitaria del Estado de México debe acatar la exigencia de asegurar el derecho a la protección de la salud en el HGJ, así como de los derechos a la accesibilidad a la infraestructura hospitalaria, a la debida integración del expediente clínico y al acceso a la información en materia de salud, relativo al

[157] Cfr. Comité DESC, "Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)"E/C.12/2000/4 11 de agosto de 2000.
[158] Cfr. Corte IDH. Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Sentencia de 29 de julio de 1988 (Fondo) Serie C N° 1, (disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_04_esp.pdf (consultado el 27 de septiembre de 2022).

expediente clínico de las personas, por medio de las acciones que resulten apropiadas para ese propósito y que salvaguarden los derechos de todos los pacientes.

V.3.3. Obligación de proteger

148. Tratándose de una obligación estatal de hacer, positiva, precisa de la salvaguardia o resguardo de las personas por parte del Estado contra todo abuso cometido por servidores públicos o agentes privados, en dos momentos: antes de la existencia de una violación a algún derecho y después de cometida aquella (dimensiones de prevención y de reparación, respectivamente).[159]

149. Sobre el particular, la SCJN ha expresado una postura en los siguientes términos:

> [...] para determinar [...] la obligación de protegerlos. Ésta puede caracterizarse como el deber que tienen los órganos del Estado, dentro del margen de sus atribuciones, de prevenir violaciones a los derechos fundamentales, ya sea que provengan de una autoridad o de algún particular y, por ello, debe contarse tanto con mecanismos de vigilancia como de reacción ante el riesgo de vulneración del derecho, de forma que se impida la consumación de la violación. En este último sentido, su cumplimiento es inmediatamente exigible, ya que como la conducta estatal debe encaminarse a resguardar a las personas de las interferencias a sus derechos provenientes de los propios agentes del Estado como de otros particulares, este fin se logra, en principio, mediante la actividad legislativa y de vigilancia en su cumplimiento y, si esto es insuficiente, mediante las acciones necesarias para impedir la consumación de la violación a los derechos. De ahí que, una vez conocido el riesgo de vulneración a un derecho humano, el Estado incumple su obligación si no realiza acción alguna, sobre

[159] Cfr. Ibídem, p. 124 y ss.

todo, porque, en el caso de sus propios agentes, está obligado a saber todo lo que hacen.[160]

150. En cuanto a la dimensión preventiva de la obligación estatal de proteger, el andamiaje legal y administrativo en materia de salud en el Estado de México es congruente con los principios, disposiciones, pautas y parámetros de derechos humanos establecidos en nuestra Carta Magna y en el derecho internacional, los cuales resultaban aplicables para la realización de los derechos vulnerados.

151. Toda vez que se acreditaron violaciones a los derechos humanos de la víctima directa, V, quien lamentablemente perdió la vida, debe repararse integralmente a las víctimas indirectas.

152. Además, al demostrarse la violación de los derechos humanos de V en el asunto que nos ocupa, cometida por servidores públicos identificados, resulta procedente que esta Comisión dé vista a las autoridades competentes en materias penal y administrativa para que los hechos sean investigados, y en el marco de sus atribuciones determinen lo que corresponda.

VI. ACCIONES TRANSFORMADORAS CONFORME A LOS PARÁMETROS INSTITUCIONALES.

153. Para la consecución del más alto nivel posible de salud física y mental -como estándar de realización progresiva- concurren elementos institucionales de

[160] DERECHOS HUMANOS. OBLIGACIÓN DE PROTEGERLOS EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1o., PÁRRAFO TERCERO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Tribunales Colegiados de Circuito, Tesis. XXVII.3o J/25 (10a.), *Semanario judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, Libro 15, Tomo III, Febrero de 2015, Página 2256, Registro digital 2008516.

disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, sobre la base de las obligaciones de respeto, protección y cumplimiento correspondientes a los Estados partes del PIDESC.[161]

154. Por los hechos aquí documentados, conforme a lo dispuesto en los artículos 5, párrafo tercero de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México,[162] en relación con los numerales 1, fracciones IV y V, 12, fracción XLII, 13, fracciones II, III, IV y V de la Ley de Víctimas del Estado de México;[163] artículo 101 de la Ley de la

---

[161] **Disponibilidad:** Cada Estado debe disponer de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud y centros de atención de la salud públicos.
Accesibilidad: Deben ser físicamente accesibles (deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los niños, los adolescentes, las personas de edad, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables), y también desde el punto de vista económico, sin discriminación alguna. La accesibilidad también comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información relacionada con la salud en forma accesible (para todos, incluidas las personas con discapacidad), pero sin menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
Aceptabilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud también deben comportar respeto hacia la ética médica y sensibilidad para con los requisitos de género y ser culturalmente apropiados. En otras palabras, deben ser aceptables desde el punto de vista médico y cultural.
Calidad: Por último, deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas. *Cfr.* Comité DESC, Op. cit., nota 108.

[162] Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.
[163] **Artículo 1.** La presente Ley es de orden público e interés social, así como de aplicación y observancia obligatoria en el Estado Libre y Soberano de México, y tiene por objeto:

[...]

IV. Velar por la protección de las víctimas y ofendidos, así como proporcionar ayuda, asistencia y una reparación integral.

V. Establecer las sanciones respecto al incumplimiento por acción o por omisión de cualquiera de sus disposiciones.

Artículo 12. Las víctimas y ofendidos tienen, conforme a la Ley y sin perjuicio de lo dispuesto en otros ordenamientos jurídicos, de manera enunciativa, los derechos siguientes:

[...]

XLII. A que se les repare de manera oportuna, plena, diferenciada, integral y efectiva el daño que han sufrido como consecuencia del delito que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y de no repetición, a través de la coordinación de las instancias gubernamentales implicadas.

[...]

Comisión de Derechos Humanos del Estado de México;[164] en atención a las circunstancias particulares del asunto, este Organismo pondera aplicables las siguientes acciones, soportadas en estándares que establecen un enfoque en derechos humanos.

155. Respecto a este punto particular, es importante establecer que cada uno de los trámites, acciones y medidas contenidas en la presente resolución pública, así como el seguimiento respectivo, constituyen una responsabilidad de la autoridad recomendada que debe asumirlos en función de los deberes contenidos en el artículo 1° párrafo tercero de la CPEUM.[165]

Artículo 13. Para los efectos de la Ley se entenderá que la reparación integral será otorgada a partir de la resolución o determinación de un órgano local, nacional o internacional por el cual le sea reconocida su condición de víctima, comprendiendo las medidas siguientes:

[...]

II. La rehabilitación busca facilitar a las víctimas u ofendidos, hacer frente a los efectos sufridos por causa del delito o de las violaciones de derechos humanos ocurridas con motivo de un hecho delictuoso.

III. La compensación ha de otorgarse a la víctima u ofendido de forma apropiada y proporcional a la gravedad del delito cometido o de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia del delito o de la violación de derechos humanos ocurrida con motivo de un hecho delictuoso y de conformidad a los requisitos establecidos en la presente Ley.

IV. La satisfacción busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y ofendidos, las cuales identifican la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, salvaguardando la protección e integridad de la víctima, ofendido, testigos o personas que hayan intervenido.

V. Las medidas de no repetición buscan que el delito o la violación de derechos sufrida por la víctima u ofendido no vuelva a ocurrir.

[...]

[164] **Artículo 101.-** En las Recomendaciones debe señalarse las medidas que procedan para la efectiva conservación y restitución a los afectados en sus derechos fundamentales y, en su caso, para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado.

[165] **Artículo 1o.** En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

[...]

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

[...]

156. Es menester puntualizar, que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido que la obligación de garantizar impone a las autoridades prevenir, investigar y sancionar toda violación a los derechos humanos, el pronto restablecimiento, si es posible, del derecho conculcado y, en su caso, la reparación de los daños producidos por la violación de los derechos humanos.[166]

VI.1. Reparación a las víctimas indirectas de vulneraciones a derechos humanos

Medidas de Rehabilitación

VI.1.1 Atención psicológica y/o tanatológica

157. La autoridad a que se dirige esta Recomendación debe velar por que el conjunto de medidas de reparación que a continuación se especifican, se efectúen de manera oportuna, así como es su responsabilidad documentar de manera puntual ante esta Comisión, su cabal cumplimiento en los términos que se precisarán en el apartado **VII** del presente documento.

158. En consecuencia, una vez acreditada la vulneración a los derechos humanos de **V, quien tiene calidad de víctima directa de vulneraciones a derechos humanos**, atribuible a personal médico por mala práctica médica, y en virtud de la irreparabilidad de sus derechos al ocurrir su deceso, previo consentimiento debidamente documentado, es preciso que la autoridad recomendada otorgue a las víctimas

[166] Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras,* Sentencia de 29 de julio de 1988 (Fondo) Serie C No. 4, párr.166, disponible en:www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_04_esp.pdf.

indirectas, la rehabilitación que requieran, la cual se concibe como aquella medida que busca facilitar a la víctima o persona ofendida hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones a derechos humanos; para lo cual, se deben satisfacer las consideraciones previstas por el artículo 62 de la Ley General de Víctimas.

159. Sobre el particular, en un lapso que no exceda de quince días contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, el Instituto de Salud del Estado de México deberá documentar las gestiones, a efecto de proporcionar a Q y a los integrantes del núcleo familiar primario de V, la atención psicológica o tanatológica que corresponda, siendo su responsabilidad garantizar los servicios descritos a la persona o personas afectadas, procurando su máxima protección, trato digno y no revictimización, previa autorización y consentimiento documentados cabalmente. La autoridad responsable podrá auxiliarse de la institución pública o privada que ofrezca los servicios descritos, a través de la cual deberá efectuarse un psicodiagnóstico para determinar la afectación que pudieran tener, dada la pérdida ocasionada y, en caso de concluir que requieren atención psicológica y/o tanatológica especializada, la autoridad recomendada deberá brindar ese apoyo de manera inmediata, siendo responsabilidad de la autoridad -en observancia de la obligación de respetar- garantizar los servicios descritos, además de procurar que se encuentren en un perímetro conveniente y accesible para el traslado de las personas integrantes del núcleo familiar.

160. Por lo descrito en este instrumento público, el estándar anterior constituye una **medida de rehabilitación**, que debe cumplirse de manera cabal.

VI.1.2. Disculpa institucional

161. El artículo 73 fracción IV de la Ley General de Víctimas, en relación con el artículo 13 fracción IV de la Ley de Víctimas del Estado de México, consagra el derecho de las

víctimas a que se reconozca y restablezca su dignidad, mediante el ofrecimiento de una disculpa institucional.

162. Dicha estrategia debe reconocerse como una medida simbólica de reparación moral, ya que se encuentra orientada a dar satisfacción y dignificar a las víctimas,[167] asimismo, implica un reconocimiento responsable ante la irreparabilidad de los hechos, y a su vez supone obligaciones públicas en la prevención de las violaciones a derechos humanos.

163. En los hechos materia del presente asunto, dada la denegación en el acceso a la infraestructura hospitalaria que afectó a V, así como a las víctimas indirectas, es necesario que el acto de disculpa institucional sea encabezado por el Director o Directora del HGJ preferentemente con la presencia del Secretario de Salud del Estado de México en representante de esta Comisión, de manera oral y por escrito, en términos del "Protocolo para ofrecer una disculpa pública derivada de las Recomendaciones emitidas por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México."

Medidas de Compensación

VI.2.1. Inscripción en el Registro Estatal de Víctimas y pago de indemnización compensatoria

[167] Cfr. Martín Beristain, Carlos. *Diálogos sobre la reparación, qué reparar en los casos de violaciones de derechos humanos,* Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2009, pp. 226 y 227. Asimismo, La jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en materia de reparaciones y los criterios del proyecto de artículos sobre responsabilidad del Estado por hechos internacionalmente ilícitos, pp. 111-116. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/tablas/R22050.pdf

164. La presente Recomendación otorga la calidad de víctimas indirectas de violaciones a derechos humanos a Q, así como al núcleo familiar primario de V.

165. En tal virtud, con fundamento en los artículo 10 fracción I, 12, 51, 57 y 58 ter, tercer párrafo de la ley de Víctimas del Estado de México, el ISEM deberá solicitar formalmente la inscripción del núcleo familiar de V en el Registro Estatal de Víctimas, manejado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, debiendo solicitar los dictámenes correspondientes a fin de determinar el monto que deberá cubrir el Instituto de Salud del Estado de México a favor del núcleo familiar de V con motivo de la violación a los derechos humanos de que fue objeto y sólo de manera excepcional, debidamente justificada y subsidiaria, previo acuerdo de la Comisión Ejecutiva, será cubierto por ésta última a través del Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la ley de la materia.

166. El presente estándar constituye una medida de compensación que debe ser satisfecha puntualmente.

Medidas de no repetición

VI.3.1. Capacitación

167. En tanto medida de no repetición, la adecuada formación de los servidores públicos del HGJ les permitirá desarrollar sus actividades bajo criterios de eficiencia y eficacia con respeto a los derechos humanos.

168. En virtud de los hechos, los estándares deberán versar sobre lo siguiente:

VI.3.1.1 Estrategia de mejora que asegure el llenado del expediente clínico de acuerdo con la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, como un medio que garantice el acceso a la información en materia de salud y demuestre que el profesional de la salud actuó con ética, profesionalismo y máxima diligencia.

169. Tomando como parámetro las omisiones existentes y establecidas como evidencia en la Recomendación, respecto al llenado correcto del expediente clínico, este Organismo considera que la autoridad responsable debe instaurar una estrategia de mejora que asegure la observancia a esta obligación, con base en lo estipulado por la normatividad aplicable ya recogida en esta resolución, para lo cual se debe privilegiar algún medio tecnológico al llenado a mano, con la finalidad de tener certeza sobre las anotaciones, evaluaciones, diagnósticos, referencias, contrarreferencias, solicitudes y prescripciones hechas a los pacientes, así como de la autoría e identificación del médico que las realiza.

170. Se reitera, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, fija los criterios y da certeza sobre el tema al determinar que los profesionales de la salud tienen la obligación de documentar de manera escrita los servicios médicos que se otorgan al paciente, que ésta debe ser de forma adecuada, y a la vez constituye la principal evidencia del acto médico del servidor de la salud al ser el medio por el cual puede demostrar que actuó con ética, profesionalismo y máxima diligencia.

VI.3.1.2. Capacitación formativa y continua que garantice la protección de la salud y la referencia oportuna cuando sea necesario

171. Debido a lo acontecido en el presente caso, es indispensable que el personal de la salud comprenda y asimile la importancia de su labor para la salud, integridad y vida

de las personas que, se insiste, deben ser apreciadas como titulares de derechos y no como meros beneficiarios de programas sociales.

172. Por consiguiente, como acciones extensivas para la calidad en la prestación del servicio en el HGJ, deben llevarse a cabo:

VI.3.1.3. A partir de lo razonado en el rubro enfocado a la obligación de garantizar (V.3.2.) considerando los parámetros correspondientes, se estiman necesarias las acciones de capacitación siguientes:

- Emisión de circulares para instruir al personal de la salud sobre la observancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, así como del Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de la Enfermedad Respiratoria Viral, el Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de COVID-19 y el Lineamiento para la Atención de Pacientes por CoVID-19 o su equivalente más actualizado: Asimismo, distribución de dichos documentos entre el personal de la salud del HGJ.
- Capacitación relativa al **PRCPUMSAPAHE** para el personal médico del HGJ, con énfasis en los casos de urgencia calificada que ameriten la inmediata referencia a instituciones hospitalarias que cuenten con los medios para la debida atención de los pacientes, además del derecho de acceso a la información en materia de salud, relativo al expediente clínico de las personas.
- Capacitación relativa a la importancia que tiene el consentimiento informado, entendido como el derecho de los usuarios a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos

terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, con base en el cual los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que tengan a su alcance.

Medidas de satisfacción

VI.4. Responsabilidades

VI.4.1. Administrativas

173. En el caso, se han advertido una serie de actos y omisiones derivados de la mala práctica médica que han quedado razonados en el punto **V.5.1. Obligación de respetar** de la presente Recomendación. Por ello se instruye a la Unidad Jurídica de esta Comisión, para que con copia certificada de la presente Recomendación dé vista al Órgano Interno de Control del Instituto de Salud del Estado de México para que inicie la investigación, y en su caso, inicie procedimiento administrativo en contra de los servidores públicos que vulneraron derechos humanos tomando en consideración las precisiones y argumentos de los que da cuenta este documento recomendatorio.

174. De lo anterior, deberá enviar a la Unidad de Seguimiento de Recomendaciones de esta Comisión el soporte documental de la entrega de la Pública.

VI.4.2. Penales

175. Asimismo, esta Comisión llegó a la convicción, a través del **Dictamen técnico-médico institucional, emitido por la CCAMEM**, de conductas que afectaron la integridad personal y derivaron en la muerte de V, por lo que es procedente se

haga del conocimiento la presente resolución a la Fiscalía General de Justicia del Estado de México.

176. En tales circunstancias, en aras de coadyuvar con el órgano procurador de justicia, se instruye a la Unidad Jurídica y Consultiva de esta Comisión de Derechos Humanos, para que mediante copia certificada de la presente Recomendación dé vista a la Fiscalía General de Justicia de la entidad a efecto de que tomando en consideración las precisiones y argumentos de los que da cuenta el presente documento recomendatorio en la integración y perfeccionamiento de la probable responsabilidad penal en que pudieron haber incurrido las personas servidoras públicas involucradas.

177. De lo anterior, deberá enviar a la Unidad de Seguimiento de Recomendaciones de la Primera Visitaduría General de esta Casa de la Dignidad y las Libertades el soporte documental de la entrega de la Pública.

178. Por todo lo anterior, este Organismo emite las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

En cumplimiento al deber de protección del derecho a la salud, el ISEM deberá atender el apartado **VI.** de las **Acciones Transformadoras conforme a los Parámetros Institucionales**, en los siguientes términos:

PRIMERA. Respecto al apartado **VI.1.** relativo a la **Reparación a las víctimas indirectas de vulneraciones a derechos humanos**, la autoridad recomendada debe

remitir a este Organismo en un lapso que no exceda de quince días, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, las siguientes documentales:

a) Correspondiente al apartado VI.1.1. sobre la **atención psicológica y/o tanatológica**, la autoridad recomendada deberá documentar y enviar a este Organismo lo siguiente:

1. El consentimiento o negativa de Q, así como del núcleo familiar primario de V, para recibir la atención que requiera cada caso en específico; y,
2. Las documentales propias del inicio de las sesiones de la atención brindada a aquellas personas que hayan accedido a recibirla.
3. Respecto al apartado VI.1.2. de la **Disculpa institucional**, se informe a esta Defensoría de Habitantes, **en un plazo no mayor a quince días,** la fecha, hora, lugar y personas que asistirán al evento, con la finalidad de contar con el antecedente y la agenda de dicho acto. Asimismo, para tener por cumplido el punto recomendatorio, la autoridad, una vez celebrada la realización del acto de disculpa, en un lapso de tiempo no mayor a cinco días, debe enviar las documentales que evidencien esta acción.

SEGUNDA. Respecto al apartado **VI.2.1** con fundamento en los artículo 10 fracción I, 12, 51, 57 y 58 ter, tercer párrafo de la ley de Víctimas del Estado de México, el ISEM deberá solicitar formalmente la inscripción del núcleo familiar de V en el Registro Estatal de Víctimas, manejado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, debiendo solicitar los dictámenes correspondientes a fin de determinar el **monto que dicha autoridad responsable deberá cubrir a favor del núcleo familiar de V**, con motivo de la violación a los derechos humanos de que fue objeto, por concepto de indemnización compensatoria.

Referente a la **Inscripción en el Registro Estatal de Víctimas**, este Organismo requiere, como documento probatorio del cumplimiento de la acción, el documento que compruebe que se llevó a cabo la inscripción respectiva, en el Registro Estatal de Víctimas de Q y, en su caso, de las personas integrantes del núcleo familiar primario de V. De igual manera, documento que demuestre el cumplimiento del pago de la compensación pecuniaria en favor del o los deudos de V.

TERCERA. Respecto al punto **VI.3.1.** de la **Capacitación**, la autoridad recomendada deberá cumplir lo siguiente:

a) **En lo concerniente al apartado VI.3.1.1. Estrategia de mejora que asegure el llenado del expediente clínico de acuerdo con la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, como un medio que garantice el acceso a la información en materia de salud y demuestre que el profesional de la salud actuó con ética, profesionalismo y máxima diligencia** y las acciones que del mismo emanan, la autoridad recomendada deberá enviar a esta Comisión las documentales idóneas y pertinentes, para lo cual debe atender lo estimado en el apartado en cuestión.

b) **Por lo que respecta a los rubros VI.3.1.2. Capacitación formativa y continua que garantice la protección de la salud y la referencia oportuna cuando sea necesario y VI.3.1.3. relativa a diversas acciones de capacitación**, además del derecho de acceso a la información en materia de salud, relativo al expediente clínico de las personas, por una parte, el conjunto de acuses de recibo de la emisión de las circulares expedidas y de los documentos recibidos por todos y cada uno de los servidores públicos profesionales de la salud del Hospital del caso. Asimismo, el programa que se

genere, en concordancia con lo estipulado, del cual se deberá precisar: duración, temas abordados, personas a las que se dirigirá el programa planteado. Finalmente, se deberán agregar las evidencias pertinentes que corroboren la realización de dicha capacitación y los mecanismos que lo posibiliten, considerando la siguiente información:

- El nombre de los cursos;
- La duración;
- La temática;
- Cantidad de servidores públicos participantes;
- El registro de asistencia; y,
- Evaluación correspondiente que acredite que el personal cuenta con los conocimientos básicos en la operación de la normativa o instrumento aplicable a cada caso.

Lo anterior en un lapso que no exceda los quince días contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación.

CUARTA. Por cuanto hace al apartado **VI.4.** de las **Medidas de Satisfacción**, y en aras de que este Organismo considere cumplidas las medidas impuestas en dicho apartado, la autoridad recomendada deberá atender los siguientes parámetros:

b.1.) Respecto al punto **VI.4.1.** de la responsabilidad **administrativa**, este Organismo, por conducto de la Unidad Jurídica remitirá copia certificada de la presente resolución a dicho Órgano Interno de Control para que realice investigación sobre los hechos y, en su caso, inicie el procedimiento correspondiente.

a) Tocante al punto **VI.4.2.** de la responsabilidad **penal**, por conducto de la Unidad Jurídica de este Organismo, se hará del conocimiento a la Fiscalía General de

Justicia del Estado de México el contenido de la presente Recomendación, en copia certificada, a efecto de que, en el ámbito de sus atribuciones y de estimarlo pertinente, tome en cuenta la investigación realizada por este Organismo para la integración y posterior determinación conforme a sus atribuciones legales.

Asimismo, se hace del conocimiento al Instituto de Salud del Estado de México que una vez aceptada la presente resolución, con fundamento en el artículo 16 Bis del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, esta Comisión estará en aptitud de comprobar el correcto cumplimiento de la misma, para lo cual podrá realizar en cualquier momento visitas o requerimientos de información respecto de la implementación y/o continuidad de las medidas antes planteadas, esto, con el ánimo de evidenciar que las acciones transformadoras planteadas en esta Recomendación han logrado su objetivo y son realizadas de manera integral por la autoridad recomendada .

Las Recomendaciones emitidas por este Organismo, acorde a lo señalado por el artículo 16 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, tienen el carácter de públicas y se emiten con el propósito fundamental de contribuir a que las personas servidoras públicas de la entidad y de los municipios se apeguen invariablemente a lo prescrito por la ley.

Para efecto de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 105 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México,[168] me permito solicitar respetuosamente que su respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, **que no es delegable**, se informe a este Organismo **dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación**.

Asimismo, las pruebas correspondientes a la acreditación del cumplimiento del presente documento deberán hacerse llegar dentro de los **quince días hábiles siguientes a la fecha en la que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación**.

Es pertinente expresar a usted que en términos de lo dispuesto por el numeral 109 de la citada Ley, **cuando una Recomendación no sea aceptada o cumplida, por las autoridades o servidores públicos, éstos deben fundar, motivar y hacer pública su negativa**; además, la Legislatura del estado a petición de la Comisión, podrá solicitar su comparecencia a efecto de que justifique su negativa u omisión.

---

[168] **Artículo 105.-** Una vez recibida la Recomendación la autoridad o el servidor público responsable, deberá informar dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, si acepta dicha Recomendación y en quince días hábiles adicionales entregar, en su caso, las pruebas que demuestren su cumplimiento. La rendición del informe sobre la aceptación o no de la Recomendación, **no podrá ser delegada**. Última reforma publicada en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" del Estado Libre y Soberano de México el 15 de junio de 2016, entrando en vigor el 27 de julio de 2016.

En términos del artículo 107 de la Ley de esta Casa de la Dignidad y las Libertades, una vez aceptada la Recomendación, las autoridades o servidores públicos están obligados a cumplirla en sus términos y a dar publicidad a las acciones llevadas a cabo.

Finalmente, no omito comentarle que este Organismo Público Autónomo tiene la obligación de incluir en los informes que presenta a los tres Poderes del Estado de México, las Recomendaciones que se hubiesen formulado y que además deberán ser difundidas para conocimiento de la sociedad.

ATENTAMENTE

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE MÉXICO
PRESIDENCIA

MTRA. EN D. MYRNA ARACELI GARCÍA MORÓN
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE MÉXICO

FMH/SVS/MASL
Esta hoja corresponde a la parte final de la **Recomendación 07/2022**, emitida el 02 de diciembre de dos mil veintidós por la Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. **Conste**.

CERTIFICACIÓN

EN LA CIUDAD DE TOLUCA DE LERDO, MÉXICO; A LOS DOS DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTIDÓS, EL MTRO. SALVADOR VALLE SANTANA, JEFE DE LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES Y PROYECTOS DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE MÉXICO, EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 32 DE LA LEY DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE MÉXICO.

CERTIFICA

QUE LAS PRESENTES FOTOCOPIAS CONSTANTES DE CUARENTA Y DOS FOJAS ÚTILES, IMPRESAS POR AMBAS CARAS, SON FIEL REPRODUCCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN 7/2022 EMITIDA AL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO, LAS CUALES TUVE A LA VISTA Y COTEJÉ.

DOY FE

MTRO. EN D. SALVADOR VALLE SANTANA

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE MÉXICO

UNIDAD DE SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES Y PROYECTOS