

RECOMENDACIÓN

NÚMERO:	VG-0005-24
EXPEDIENTE:	CDHEH-VG-2740-19
PERSONA QUEJOSA:	Q1
PERSONA AGRAVIADA:	A1
AUTORIDADES RESPONSABLES:	AR2, NEFRÓLOGA; AR3, ANESTESIÓLOGA Y AR1, NEFRÓLOGO, PERSONAL MÉDICO ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.
HECHOS VIOLATORIOS:	3.8. DERECHO HUMANO AL PROYECTO DE VIDA. 9.1 DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL. 9.2 DERECHO A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA. 9.5 DERECHO A RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ SOBRE LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS. 9.10 DERECHO A LA DEBIDA INTEGRACIÓN Y RESGUARDO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. 9.12 DERECHO A RECIBIR LOS MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS CORRESPONDIENTES A SU PADECIMIENTO.



CDHEH
DERECHOS
HUMANOS
HIDALGO

Pachuca de Soto, Hidalgo, a veintiséis de junio de dos mil veinticuatro.

TITULAR DE LA SECRETARÍA DE SALUD
Y DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE
SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO
P R E S E N T E

I. VISTOS

1. Para resolver los autos del expediente citado con motivo de la queja presentada por Q1, en adelante Q1 por hechos cometidos en agravio de A1, en adelante A1 y, en contra de AR1 y AR2, nefrólogos; AR3, anestesióloga; AI1, neumólogo; AI2, médico; AI3, enfermera quirúrgica; AI4, médica adscrita al servicio de anestesiología; y AI5, médica especialista en cirugía general, todos adscritos al Hospital General de Pachuca de Soto.

La presente recomendación se emite en uso de las facultades que me otorga la siguiente normatividad:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos¹, el artículo 102

¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, México, disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

apartado B párrafos primero, segundo y quinto que a la letra establecen:

“B. El Congreso de la Unión y las legislaturas de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán organismos de protección de los derechos humanos que ampara el orden jurídico mexicano, los que conocerán de quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa provenientes de cualquier autoridad o servidor público, con excepción de los del Poder Judicial de la Federación, que violen estos derechos.”

“Los organismos a que se refiere el párrafo anterior, formularán recomendaciones públicas, no vinculatorias, denuncias y quejas ante las autoridades respectivas. Todo servidor público está obligado a responder las recomendaciones que les presenten estos organismos. Cuando las recomendaciones emitidas no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, éstos deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa; además, la Cámara de Senadores o en sus recesos la Comisión Permanente, o las legislaturas de las entidades federativas, según corresponda, podrán llamar, a solicitud de estos organismos, a las autoridades o servidores públicos responsables para que comparezcan ante dichos órganos legislativos, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.”
(...)

“Las Constituciones de las entidades federativas establecerán y garantizarán la autonomía de los organismos de protección de los derechos humanos.”

La **Constitución Política del Estado de Hidalgo**², artículo 9° Bis párrafo cuarto, mismo que indica:

(...)
“Conocerá de quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa, provenientes de cualquier autoridad o servidor público que violen derechos humanos, así como aquellos actos de discriminación y formulará recomendaciones públicas no vinculatorias. Dentro de las formas de solución a los asuntos que atienda se encontrará la amigable composición, para lo cual podrá hacer uso de los medios alternos de solución de conflictos de mediación y conciliación siempre que se trate de violaciones no calificadas como graves. Podrá presentar denuncias y quejas ante las autoridades respectivas.”
(...)

La **Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo**³; artículos 33 fracción XI, 84 párrafo segundo, 85 párrafo primero y 86.

“**Artículo 33.-** La persona titular de la comisión tendrá las siguientes facultades y obligaciones:
(...)

XI.- Aprobar y emitir, en su caso, las Propuestas de Solución y las Recomendaciones públicas, autónomas y no vinculatorias, así como los acuerdos y peticiones que sometan a su consideración las Visitadurías Generales, que resulten de las investigaciones efectuadas;”

“**Artículo 84 párrafo segundo:**
(...)

En el proyecto de recomendación, se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los derechos de los afectados.”

“**Artículo 85 párrafo primero:**

La persona titular de la comisión analizará los proyectos de Propuestas de Solución, de Recomendación, los Acuerdos de no Responsabilidad y de Conclusión presentados por las

² Constitución Política del Estado de Hidalgo; publicada en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo el 01 de octubre de 1920, disponible en [Constitucion Politica del Estado de Hidalgo.pdf \(congreso-hidalgo.gob.mx\)](http://www.congreso-hidalgo.gob.mx)

³ Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo el 5 de diciembre de 2011, México. Disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/LEYES_VIGENTES/leyes_vigentes.html

Visitadurías Generales, elaborará las observaciones que considere pertinentes y en su caso, los suscribirá.”

“Artículo 86:

La propuesta de solución y la recomendación, no tendrán carácter vinculatorio para la autoridad o la persona del servicio público a los cuales se dirija. Por lo tanto, no podrán anular, modificar o dejar sin efecto las resoluciones o actos contra los cuales se haya presentado la queja o denuncia.

En todo caso, una vez recibida la resolución respectiva, la autoridad o servidor público de que se trate deberá informar dentro de los diez días hábiles siguientes a su notificación, si acepta dicha propuesta de solución o recomendación.

El plazo podrá ser ampliado cuando la naturaleza de la recomendación así lo requiera.

Cuando las recomendaciones emitidas no sean aceptadas o cumplidas, se procederá conforme a lo siguiente:

a) La autoridad o servidor público de que se trate deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, y atender los llamados del Congreso del Estado Libre y Soberano de Hidalgo a comparecer, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

b) La Comisión determinará, previa consulta con el órgano legislativo referido en el inciso anterior, en su caso, si la fundamentación y motivación presentadas por la autoridad o servidor público que se hubiese negado a aceptar o cumplir las recomendaciones emitidas, son suficientes, y hará saber dicha circunstancia por escrito a la propia autoridad o servidor público y, en su caso, a sus superiores jerárquicos, para los efectos del siguiente inciso.

c) Las autoridades o servidores públicos, a quienes se les hubiese notificado la insuficiencia de la fundamentación y motivación de la negativa, informarán dentro de los quince días hábiles siguientes a la notificación del escrito referido en el inciso que antecede, si persisten o no en la posición de no aceptar o no cumplir la recomendación.

d) Si persiste la negativa, la Comisión podrá denunciar ante el Ministerio Público o la autoridad administrativa que corresponda a los servidores públicos señalados en la recomendación como responsables”.

El Reglamento de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo⁴, en sus artículos 126 y 127.

“Artículo 126:

Concluida la investigación y reunidos los elementos de convicción necesarios, se analizarán los hechos, los argumentos, las pruebas y las diligencias practicadas, a fin de determinar si las autoridades, las o los servidores públicos resultaren responsables de haber incurrido en violación grave a los derechos humanos de las personas afectadas o en actos u omisiones ilegales, injustas, inadecuadas o erróneas igualmente graves; se procederá a formular el proyecto de recomendación que aprobado y firmado por quien tenga la titularidad de la Presidencia, será remitido para conocimiento de la superioridad jerárquica de la autoridad, de la o el servidor público involucrado.

También se emitirá recomendación en el caso de que no haya lugar a emitir una propuesta de solución o que habiéndola emitido esta no hubiere sido aceptada o totalmente cumplida.

En la recomendación se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de las afectadas en sus derechos fundamentales y, si procede, la reparación integral de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado. También se señalarán las medidas que sea necesario aplicar y las actividades a corregir, para evitar violaciones futuras a derechos humanos.”

“Artículo 127:

La recomendación será pública y no vinculatoria, motivo por el cual no tendrá carácter imperativo para anular, modificar o dejar sin efecto las resoluciones, los actos u omisiones

⁴ Reglamento de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, publicado en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo el 19 de octubre del 2020, México. Disponible en <https://periodico.hidalgo.gob.mx/?p=44689>

que constituyan una violación de derechos humanos contra los cuales se hubiere presentado la queja.”

II. SIGLAS Y ACRÓNIMOS

2. En la presente Recomendación la referencia a distintas leyes, normas, autoridades e instancias de gobierno, se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

INSTRUMENTOS INTERNACIONALES	
Nombre	Siglas, Acrónimos o Abreviaturas
Declaración Universal de Derechos Humanos	DUDH
Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente	DLAMMDP
Observación general N° 14 emitida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas	Observación general N° 14
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	PIDCP
Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales	PIDESC
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”	Protocolo de San Salvador

INSTITUCIONES INTERNACIONALES	
Nombre	Siglas, Acrónimos o Abreviaturas
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CoIDH
Organización Mundial de la Salud	OMS

INSTRUMENTOS NACIONALES	
Nombre	Siglas, Acrónimos o Abreviaturas
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Ley General de Salud	LGS
Ley General de Víctimas	LGV
Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.	NOM-045-SSA2-2005
Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de hemodiálisis	NOM-003-SSA3-2010
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. Actualmente la NOM-001-SSA-2023	NOM-001-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012

Fundamento legal: artículo 107 y 114 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Hidalgo; artículo 3 fracción VII de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo, así como el quincuagésimo noveno de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como la elaboración de las versiones públicas.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada	NOM-016-SSA3-2012
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Rto. LGS

INSTITUCIONES NACIONALES

Nombre	Siglas, Acrónimos o Abreviaturas
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

INSTRUMENTOS ESTATALES

Nombre	Siglas, Acrónimos o Abreviaturas
Constitución Política del Estado de Hidalgo	CPEH
Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo	LDHEH
Ley de Víctimas para el Estado de Hidalgo	LVEH
Reglamento de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo	Rto. LDHEH

INSTITUCIONES ESTATALES

Nombre	Siglas, Acrónimos o Abreviaturas
Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo	CDHEH
Hospital General de Pachuca	HG
Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud	OIC de SSa
Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo	SSa

3. Asimismo, a la presente Recomendación se anexa el siguiente Glosario médico, así como el de Hechos Violatorios

III. GLOSARIO JURÍDICO SOCIAL

Derecho a la Protección de la Salud: Es un bien vital que entraña un cúmulo de libertades y derechos, entre los cuales figura el control de la salud y el cuerpo, es decir que a todo ser humano deben garantizar las condiciones necesarias para lograr su bienestar físico, mental y social⁵.

Derechohabiente: es la persona asegurada, pensionada y los beneficiarios de ambos, que en los términos de la Ley del IMSS tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto⁶.

⁵ Definición empleada de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4974/12.pdf>

⁶ Ley del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995, México. Disponible en https://portalhcd.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/PortalWeb/Leyes/Vigentes/PDF/92_230421.pdf

Derechos Humanos: La Organización de las Naciones Unidas los define como aquellos derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles⁷.

Dignidad: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud⁸, la dignidad se refiere al valor intrínseco del individuo y está fuertemente vinculada al respeto, el reconocimiento, la autoestima y la posibilidad de tomar decisiones, por su parte la CNDH⁹ considera a la dignidad como la piedra angular sobre la que se sostiene el respeto a los rasgos identificadores de cada individuo, esto es, el respeto a su identidad.

Función pública: Está constituida por el conjunto de arreglos institucionales mediante los que se articulan y gestionan el empleo público y las personas que integran éste, en una realidad nacional determinada. Dichos arreglos comprenden normas, escritas o informales, estructuras, pautas culturales, políticas explícitas o implícitas, procesos, prácticas y actividades diversas cuya finalidad es garantizar un manejo adecuado de los recursos humanos, en el marco de una administración pública profesional y eficaz, al servicio del interés general¹⁰.

Lex artis: La observancia de las reglas propias de la profesión¹¹.

Lex artis ad hoc: La observancia de un comportamiento profesional con arreglo a las circunstancias específicas del caso¹².

Praxis: Práctica¹³.

Principio Pro Persona: Es la directriz hermenéutica que consiste en ponderar ante todo la fundamentalidad de los derechos humanos, a efecto de estar siempre

⁷ <https://hchr.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos/>

⁸ https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11348:world-mental-health-day-2015-dignity-in-mental-health&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

⁹ http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas_CPCDH11.pdf

¹⁰ Carta Iberoamericana de la Función Pública, disponible en [Carta-Iberoamericana-de-la-Funcion-Publica-06-2003.pdf \(clad.org\)](http://www.clad.org/Documentos/CI/CI_06_2003.pdf)

¹¹ Gimenez-Candela, T., "Lex Artis y Responsabilidad Médico-Sanitaria: Una Perspectiva Actualizada", disponible en [19 Gimenez.p65 \(unam.mx\)](http://www.unam.mx/~i/gimenez/p65)

¹² Ídem.

¹³ Concepto disponible en <https://conceptodefinicion.de/praxis/>

a favor de la persona, lo que implica que debe acudirse a la norma más amplia o a la interpretación extensiva cuando se trate de derechos protegidos e, inversamente, a la norma o a la interpretación más restringida, cuando se trate de establecer límites para su ejercicio¹⁴.

IV. GLOSARIO MÉDICO

Anatomopatológico. De la anatomía patológica o relacionado con ella¹⁵.

Anatomía patológica. Disciplina científica que se ocupa de la investigación, el conocimiento y el diagnóstico de las lesiones macroscópicas que originan las enfermedades en los órganos y aparatos corporales tras su exéresis quirúrgica o en el curso de la autopsia clínica o forense¹⁶.

Antígeno. Cualquier sustancia, generalmente una proteína, capaz de inducir una respuesta humoral o una respuesta celular por parte del sistema inmunitario y de reaccionar con los productos de esta, anticuerpos en el caso de la primera y linfocitos T en el de la segunda. La finalidad de esta respuesta es la eliminación del antígeno inductor. Por un mecanismo de tolerancia a lo propio, el sistema inmunitario suele responder únicamente frente a los antígenos exógenos, como los presentes en la superficie de bacterias, virus y hongos, y no frente a los de los propios tejidos (autoantígenos), pero puede hacerlo si existe un trastorno autoinmunitario.¹⁷

Antisepsia. Conjunto de procedimientos orientados a combatir o prevenir las enfermedades infecciosas, destruyendo los microorganismos patógenos que las producen, generalmente mediante la aplicación de sustancias químicas sobre la piel, las mucosas u otra superficie.¹⁸

Anuria: Ausencia total de orina o en cuantía inferior a 50 ml en 24 horas. Con frecuencia es secundaria a una obstrucción del bajo aparato urinario, fibrosis retroperitoneal y, más raramente, a un infarto renal o a una necrosis cortical bilateral. Su valoración requiere la realización de una ecografía abdominal para

¹⁴ Tesis XVIII.3º.1 K (10ª.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, décima época, registro 2000630/ Tesis: I.4º. A.464 A, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, novena época, registro 179233.

¹⁵ Diccionario Panhispánico de Términos Médicos. Real Academia Nacional de Medicina de España. [DPTM Resultados – Diccionario panhispánico de términos médicos](#)

¹⁶ Ídem.

¹⁷ Ídem.

¹⁸ Ídem.

descartar la obstrucción.¹⁹

Asepsia. Conjunto de técnicas y procedimientos para la obtención de ambientes, superficies, dispositivos, instrumental y materiales estériles en determinadas zonas, como los quirófanos o los laboratorios farmacéuticos, por lo general con el fin de prevenir las infecciones.²⁰

Atención Médica: El conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, así como brindarle los cuidados paliativos al paciente en situación terminal.²¹

Arteria ilíaca externa: Es una división de la arteria ilíaca primitiva que se divide en arteria ilíaca interna y la arteria ilíaca externa, la arteria ilíaca externa se dirige al muslo, donde toma el nombre de arteria femoral.²²

Azoados. Desechos nitrogenados que se acumulan en la sangre por la falta de filtración de los riñones. Estos productos se producen por deshidratación, hipotensión, insuficiencia renal u otros factores y se clasifican en azotemia prerrenal, renal o postrenal según el nivel de azoe. La azotemia puede causar insuficiencia renal aguda, dolor de espalda y otros síntomas.²³

Biopsia: Al tejido u otro material procedente de un organismo vivo, producto de un procedimiento, para su estudio con fines de diagnóstico²⁴.

Cartas de consentimiento informado: Los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.²⁵

Fundamento legal: artículo 107 y 114 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Hidalgo; artículo 3 fracción VII de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo, así como el quincuagésimo noveno de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como la elaboración de las versiones públicas.

¹⁹Clínica Universidad de Navarra. [Anuria. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. \(cun.es\)](http://www.cun.es)

²⁰ Diccionario Panhispánico de Términos Médicos. Real Academia Nacional de Medicina. [DPTM Resultados – Diccionario panhispánico de términos médicos](http://www.rae.es)

²¹ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, disponible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf, México, 14 de mayo de 1986.

²² Anatomía para estudiantes, Grey, Ed. Elsevier, España, 2005, versión en español de la obra original en inglés.

²³ Clínica Universidad de Navarra. [Diálisis. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. \(cun.es\)](http://www.cun.es)

²⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica, disponible en [DOF - Diario Oficial de la Federación](http://www.dof.gob.mx), México, 21 de febrero de 2017.

²⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787, México, 05 de Octubre 2010

Creatinina. Anhídrido cíclico de la creatina excretado en la orina como producto final de la degradación de la fosfocreatina. El nivel de creatinina en el plasma es muy dependiente del correcto funcionamiento del riñón y el aclaramiento de creatinina se puede usar para calcular la tasa de filtración glomerular.²⁶

Colección purulenta. Absceso.²⁷

Drenaje tipo Penrose: En látex natural flexible. Se obtiene mediante inmersión del compuesto de látex natural y se fabrica en diferentes medidas. Su uso es variado: En incontinencia urinaria masculina, en asistencia en el drenaje de material fecal en operaciones de colostomía, en drenaje de heridas. El largo de la tira es de 45 cm. ²⁸

Drenaje Pasivo, por capilaridad tipo Penrose: Tubo suave, plano y flexible hecho de látex que se mantiene colapsado mientras no pasa líquido por su interior. Hay varios tamaños. El drenaje multitubular es un tipo de Penrose.²⁹

Diálisis. Sustitución temporal o definitiva de la función renal por medio de la depuración extrarrenal.³⁰

Dialítica. De la diálisis o relacionado con ella³¹.

Expediente clínico: El conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables³².

²⁶ Diccionario Panhispánico de Términos Médicos. Real Academia Nacional de Medicina de España. [DPTM Resultados – Diccionario panhispánico de términos médicos](#)

²⁷ Ídem

²⁸ Catálogo General Quirosa, S.A, Consultado 19 de junio de 2024, Página 74, Disponible en: https://quirosa.com/wp-content/uploads/27-penrose_latex_es.pdf

²⁹ Revista médica, Manejo de los Drenajes por el TCAC. Disponible en: <https://revistamedica.com/manejo-drenajes-tcae/>

³⁰ Clínica Universidad de Navarra. [Diálisis. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. \(cun.es\)](#)

³¹ Diccionario Panhispánico de Términos Médicos. Real Academia Nacional de Medicina de España. [DPTM Resultados – Diccionario panhispánico de términos médicos](#)

³² Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787, México, 15 de octubre de 2012.

Extraperitoneal. Situado o que tiene lugar fuera de la cavidad peritoneal.³³

Fístula. Comunicación patológica, congénita o adquirida, de dos órganos entre sí (fístula interna) o de un órgano o una estructura con la superficie corporal (fístula externa).³⁴

Hemodiálisis: procedimiento terapéutico especializado empleado en el tratamiento de la insuficiencia renal, aplicando técnicas y procedimientos específicos a través de equipos, soluciones, medicamentos e instrumentos adecuados, que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de una membrana semipermeable extracorpórea³⁵.

Hemostasia. Conjunto de mecanismos fisiológicos que mantienen la sangre circulante en estado líquido y reparan las lesiones vasculares, evitando la extravasación sanguínea espontánea. En la fase primaria se forma el tapón plaquetario y en la secundaria (coagulación propiamente dicha), la fibrina. Una vez reparada la lesión, el sistema de fibrinólisis, en perfecto equilibrio con el de la lesión, el sistema de fibrinólisis, en perfecto equilibrio con el de la hemostasia, digiere la fibrina.³⁶

Hiperagudo. Aplicado a una enfermedad o a un proceso patológico: de presentación o evolución extremadamente aguda³⁷.

Hipoplasia renal. Anomalía del desarrollo embriológico del riñón que da origen a una disminución sustancial en el número de nefronas, con la consiguiente reducción en el tamaño del componente parenquimatoso de uno o de ambos riñones.³⁸

Hiporreflexia. Disminución de cualquier reflejo. En la práctica, se aplica a los reflejos musculares y se observa en los trastornos neuromusculares que afectan al arco del reflejo de estiramiento muscular.³⁹

³³ Diccionario Panhispánico de Términos Médicos. Real Academia Nacional de Medicina. [DPTM Resultados – Diccionario panhispánico de términos médicos](#)

³⁴ Diccionario Panhispánico de Términos Médicos. Real Academia Nacional de Medicina. [DPTM Resultados – Diccionario panhispánico de términos médicos](#)

³⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de hemodiálisis, Diario Oficial de la Federación, México, ocho de julio de dos mil diez. Disponible en [NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis \(dof.gob.mx\)](#)

³⁶ Diccionario Panhispánico de Términos Médicos. Real Academia Nacional de Medicina. [DPTM Resultados – Diccionario panhispánico de términos médicos](#)

³⁷ Ídem.

³⁸ Ídem

³⁹ Ídem

Incisión abdominal de tipo Gibson. En urología, la incisión de Gibson se utiliza para el trasplante de riñón o como abordaje extraperitoneal del uréter distal con baja morbilidad.⁴⁰

Insuficiencia renal crónica. Disminución de la función renal con un filtrado glomerular inferior a 60 ml/min·1,73 m², que se caracteriza por la pérdida gradual de las funciones renales (depuradora, reguladora del equilibrio ácido-básico y endocrina) que en la fase más avanzada da lugar a un síndrome urémico.⁴¹

Isquemia. Reducción o falta de aporte sanguíneo a un miembro, a un órgano o a un tejido.⁴²

Klebsiella pneumoniae. Especie de bacterias del género Klebsiella, gramnegativas, inmóviles y con una cápsula rica en polisacáridos. Fermentan la lactosa y la mayoría produce colonias sumamente mucoides. Se encuentran en el suelo y en el agua y, como saprófitas, se pueden aislar de las vías respiratorias y del intestino. Constituyen el principal agente causal de infecciones del tracto urinario y neumonías de personas sanas, aunque casi todas sus infecciones se producen en el ámbito hospitalario o entre pacientes inmunocomprometidos.⁴³

Panel de Torch. El conjunto de pruebas rápidas de sangre que se especializa en la detección cualitativa de anticuerpos IgM contra Toxoplasmosis, virus de la Rubeola (Rubeola), Citomegalovirus (CMV) y virus de Herpes Simplex 1/2 (HSV 1/2) en suero humano o plasma.⁴⁴

Peritoneal. Del peritoneo o relacionado con él⁴⁵.

Peritoneo. Membrana serosa, la más extensa del cuerpo, que tapiza las paredes de la cavidad abdominal (peritoneo parietal), envuelve y sostiene gran parte de las vísceras abdominales (peritoneo visceral) y distribuye los vasos y nervios a

⁴⁰ <https://www.urology-textbook.com/>

⁴¹ Diccionario Panhispánico de Términos Médicos. Real Academia Nacional de Medicina. [DPTM Resultados – Diccionario panhispánico de términos médicos](#)

⁴² Ídem.

⁴³ Ídem.

⁴⁴ EACT.LAB Mejorando Laboratorios. <https://reactlab.com.ec/cientifico/torch-un-panel-de-infecciones-que-debes-conocer/#:-:text=El%20conjunto%20de%20pruebas%20r%C3%A1pidas,o%20plasma%20es%20denominado%20ToRCH.>

⁴⁵ Diccionario Panhispánico de Términos Médicos. Real Academia Nacional de Medicina. [DPTM Resultados – Diccionario panhispánico de términos médicos](#)

través de sus pliegues (mesos, epiplones y ligamentos). El peritoneo masculino forma un saco cerrado y el femenino se comunica con el exterior a través del orificio de las trompas uterinas⁴⁶.

Tacrolimus. Macrólido producido por *Streptomyces tsukubaensis*, que actúa específicamente sobre los linfocitos, especialmente sobre los linfocitos T colaboradores, e inhibe la activación de calcineurina, por lo que provoca una depresión de la respuesta inmunitaria. De efecto inmunosupresor, está indicado en la prevención y tratamiento del rechazo en pacientes receptores de alotrasplantes de órganos, para el tratamiento de trastornos inmunitarios refractarios a otras medidas terapéuticas y del eccema atópico grave. Se administra por vía oral, intravenosa y tópica.⁴⁷

Trasplante. Es la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo.⁴⁸

Trasplantectomía. Extirpación quirúrgica de cualquier órgano trasplantado que no funciona o ha sido rechazado por el receptor, por lo general un riñón. En ocasiones es una indicación quirúrgica urgente, debido a un rechazo agudo o a una hemorragia.⁴⁹

Uresis. (diuresis) Excreción de orina al exterior una vez producida por el riñón; puede tener lugar mediante micción fisiológica o por sondaje uretral o cateterización vesical suprapúbica.⁵⁰

Vena ilíaca externa: Drena la sangre del miembro pélvico, desemboca en la vena iliaca primitiva izquierda, que desemboca en la vena cava inferior.⁵¹

V. GLOSARIO DE HECHOS VIOLATORIOS⁵²

3.8. Derecho al proyecto de vida

⁴⁶ Ídem.

⁴⁷ Diccionario Panhispánico de Términos Médicos. Real Academia Nacional de Medicina. [DPTM Resultados – Diccionario panhispánico de términos médicos](#)

⁴⁸ Guía de Práctica Clínica GPC. Terapia Inmunosupresora en el Trasplante Renal. Evidencias y Recomendaciones. [112GER \(imss.gob.mx\)](#)

⁴⁹ Guía de Práctica Clínica GPC. Terapia Inmunosupresora en el Trasplante Renal. Evidencias y Recomendaciones. [112GER \(imss.gob.mx\)](#)

⁵⁰ Diccionario Panhispánico de Términos Médicos. Real Academia Nacional de Medicina. [DPTM Resultados – Diccionario panhispánico de términos médicos](#)

⁵¹ Anatomía para estudiantes, Grey, Ed. Elsevier, España, 2005, versión en español de la obra original en inglés.

⁵² Catálogo de Hechos Violatorios de Derechos Humanos

Definición: derecho de todo ser humano a que se le proteja de cualquier acto que le impida realizarse de conformidad con su proyecto de vida, atendiendo a su vocación, interés y libertad.

Bien jurídico tutelado: el futuro desarrollo personal y profesional.

Sujetos

Activo: todo ser humano.

Pasivo: autoridades o personas servidoras públicas cuyos actos dañen o limiten el proyecto de vida de una persona.

9.1. Derecho a recibir atención médica integral

Definición: derecho de todo ser humano a recibir atención y tratamientos oportunos para la satisfacción de las necesidades de salud, respetando el principio de la autonomía del paciente.

Bien jurídico tutelado: la atención médica integral.

Sujetos

Activo: todo ser humano.

Pasivo: autoridades o personas servidoras públicas del sector salud que proporcionen atención médica inadecuada.

9.2. Derecho a una atención médica libre de negligencia

Definición: derecho de todo ser humano a recibir atención médica libre de descuidos u omisiones que pongan en peligro la salud o la vida.

Bien jurídico tutelado: la atención médica profesional y ética.

Sujetos

Activo: todo ser humano.

Pasivo: personas profesionistas de la salud que por acción u omisión causen una afectación a la salud o la vida.

9.5. Derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz sobre los tratamientos médicos o quirúrgicos

Definición: derecho de todo ser humano a recibir información necesaria para tomar decisiones sobre su estado de salud, a efecto de que comprenda con claridad, los propósitos de todo examen o tratamiento, así como las consecuencias de dar o no su consentimiento.

Bien jurídico tutelado: la recepción adecuada de información médica.

Sujetos

Activo: todo ser humano.

Pasivo: autoridades o personas servidoras públicas del sector salud que omitan dar información médica a un paciente o persona autorizada.

9.10. Derecho a la debida integración y resguardo del expediente clínico

Definición: derecho de todo ser humano a contar con un expediente clínico que contenga información veraz, clara, precisa, legible y completa, que sea debidamente resguardado.

Bien jurídico tutelado: el derecho a contar con un expediente clínico.

Sujetos

Activo: todo ser humano.

Pasivo: autoridades o personas servidoras públicas del sector salud que omitan realizar una adecuada integración y resguardo de expedientes clínicos.

9.12. Derecho a recibir los medicamentos y tratamientos correspondientes a su padecimiento

Definición: derecho de todo ser humano a recibir los medicamentos, procedimientos, diagnósticos y terapéuticos correspondientes a su padecimiento.

Bien jurídico tutelado: la protección de la salud.

Sujetos

Activo: todo ser humano.

Pasivo: autoridades o personas servidoras públicas del sector salud que limiten o nieguen el acceso a los medicamentos, procedimientos, diagnósticos y tratamientos necesarios.

4. Los elementos del expediente al rubro citado se han examinado con base en los siguientes:

VI. ANTECEDENTES⁵³

5. El veintinueve de agosto de dos mil diecinueve, Q1 presentó queja en agravio de su hijo A1, en la que refirió que le realizaron un trasplante de riñón en el HG de esta ciudad el día veintinueve de julio de aquella anualidad, afirmando que fue víctima de negligencia médica del personal de la salud que se encontraba a cargo, señaló como responsable al doctor AR1, ya que el día seis de agosto del mismo año, después del trasplante ordenó que “*subieran*” a su hijo al quinto piso de medicina interna en la cama quinientos trece, “*lugar que se encontraba sucio y en condiciones deplorables*”, no propias para un paciente recién trasplantado y en estado grave de salud.

En ese sentido, agregó que el personal de quinto piso le dio “*pésima atención*” a su hijo, que lo correcto era que lo mantuvieran en el área de trasplantes, además de que en varias ocasiones no le realizaron la hemodiálisis que requería, por lo que la atención que recibió fue insuficiente, y en “*dos ocasiones se desangró*”, por lo que tuvo que recibir transfusiones de sangre.

Insistió en que a su hijo, nunca le dieron los resultados de la biopsia que le realizaron el día “trece”, y que el diecisiete de agosto de dos mil diecinueve, fue la quinta cirugía que le realizaron para “*quitarle*” el riñón trasplantado ya que le dijeron que se había “*echado a perder*”; motivo por el cual, decidió “*sacar*” a su hijo del HG para trasladarlo a la clínica número uno del IMSS en esta ciudad, encontrándose en un estado

⁵³ En la presente Recomendación se identificarán algunos de los antecedentes que proporcionarán el contexto de los hechos ocurridos desde el veintinueve de julio de dos mil diecinueve. Nota: Todas las fuentes están documentadas en el expediente.

de salud muy grave, “*por tener muerte cerebral y pulmonía*”; lo anterior, resultado de la negligencia en que incurrió el personal que se encontraba a cargo de la salud de su hijo (hojas 3-4).

6. Posterior al inicio de la queja señalada, el tres de septiembre de dos mil diecinueve, se solicitó informe al médico AR1, en su calidad de responsable del Programa de Trasplantes del HG. En esa misma fecha, al doctor *****, entonces director del HG, se le requirió remitiera las constancias que integraban el expediente clínico del hoy agraviado e indicará a la persona servidora pública que tuvo intervención en la atención del mismo rindiera su Informe de Ley (hojas 9-10).

7. El trece de septiembre de dos mil diecinueve, el médico AR1, responsable del Programa de Trasplantes del HG informó que efectivamente el veintinueve de julio de ese año, ingresó A1, con antecedente de insuficiencia renal crónica terminal en terapia de sustitución de función renal con hemodiálisis a través de acceso vascular autólogo de tipo fístula ante cubital izquierda, que como antecedente tuvo trasplante renal fallido en el año dos mil trece en el Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS.

Así mismo dijo que ese mismo día, fue notificado de la posibilidad de recibir trasplante renal disponible de paciente fallecido y que de los estudios paraclínicos practicados como parte del protocolo para realizar un trasplante, se obtuvo resultado de prueba cruzada negativa por técnica de ensayo de microlinfocitotoxicidad con subpoblaciones de linfocitos T y B; que posteriormente se efectuó tipificación HLA (antígenos leucocitarios humanos), por ampliación genética por reacción en cadena de polimerasa con oligonucleótidos específicos de secuencia, compartiendo un antígeno aislado HLA de clase I, A02.

Refirió que el paciente A1 fue seleccionado como receptor con base a los criterios de asignación establecidos en la LGS, a su vez se consideró receptor de alto riesgo inmunológico, pues su primer trasplante renal, que tuvo verificativo en el año dos mil trece fue fallido y era paciente politransfundido, por lo que realizó inducción con anticuerpo policlonal de coballo, timoglobulina a dosis de 1mg/kg (miligramo por kilogramo) de peso seco, hasta alcanzar 5 dosis, así mismo, un triple esquema inmunosupresor con inhibidor de la calcineurina, tacrolimus a dosis de 0.1 mg/kg al día y antiproliferativo de tipo micofenolato de mofetil a dosis de 1 gramo cada 12 horas y esteroide de tipo metilprednisolona a dosis de estrés de 500 miligramos al día por 3 dosis y posteriormente prednisona oral de 1 miligramo por kilogramo de peso al día.

Agregó que tomó medidas preventivas necesarias para disminuir un eventual rechazo del órgano a trasplantar por sus antecedentes inmunológicos ya que acreditaba que adoptó una conducta apegada al deber de cuidado exigible en la atención médica a pacientes de tales características, observando en todo momento lo prescrito por la lex artis y la lex artis ad hoc.

Adicionó que carecía de veracidad lo afirmado por la quejosa respecto a que el paciente fue víctima de negligencia por el equipo médico y que previo al trasplante, se obtuvo del paciente la carta de consentimiento informado, en la cual se le dieron a conocer los eventuales riesgos y beneficios esperados en ese procedimiento, suscribiéndola de conformidad y que en todo momento le respetó su autonomía, dándole información previa.

Explicó, además que el procedimiento quirúrgico del trasplante se realizó conforme a la lex artis, es decir, ajustado a la técnica descrita en los principios científicos, de acuerdo con lo que se indica a continuación:

“El acceso a retroperitoneo fue con incisión abdominal de tipo Gibson del lado derecho, realizándose anastomosis arterial término lateral a la íliaca externa y unión uretero vesical con técnica de Lych, presentado uresis desde la reperusión, con tiempo de isquemia fría de cuatro horas; posterior al cierre de pared abdominal se presenta anuria por lo que se decidió realizar ultrasonido Doppler del injerto, identificando un espectro de bajo flujo por lo que se decide una nueva exploración quirúrgica, efectuando solamente un reacomodo del injerto en el espacio retroperitoneal, presentando uresis espontánea. Se egresó a la unidad de trasplante, evolucionando positivamente con uresis adecuadas y disminución de azoados, hasta 0.84 mg/dl de creatina sérica, con tolerancia a la vía oral y movilización apropiada fuera de cama, motivo por el que se pronosticó un egreso a los siete días posteriores al trasplante”.

A su vez informó que, buscó en todo momento salvaguardar el órgano implantado para garantizar una mejoría en la salud y calidad de vida del paciente, teniendo especial énfasis que era el segundo procedimiento de trasplante; por tanto, era incompatible la negligencia que suponía la ahora quejosa, ya que siempre ejerció el principio de beneficencia en favor de él, así pues, consideró que su actuar médico fue encaminado a la recuperación de la salud del paciente.

Continuó relatando que; el día programado para el egreso del paciente A1, es decir, el seis de agosto de dos mil diecinueve, aquél presentó dolor súbito en la zona del injerto, acompañado de disminución súbita en los flujos urinarios, así como de las cifras de tensión arterial y deformidad en el abdomen, además de presencia de sangre en el drenaje de tipo penrose localizado en flanco derecho; situación que hizo del conocimiento de Q1, a quien le expresó la necesidad de un nuevo procedimiento quirúrgico urgente, quien aceptó en la carta de consentimiento informado; por lo que, se decidió su ingreso urgente a quirófano, encontrando los siguientes hallazgos:

“Injerto renal de coloración adecuada, con pérdida del tono, sangrado de tipo arterial dependiente de la anastomosis reno-iliaca, presencia de dehiscencia de la anastomosis en un 50 % de la circunferencia, además de friabilidad de arteria renal y arteria iliaca externa”.

En consecuencia, decidió realizar reparación de la iliaca externa con sutura de polipropileno de 6-0, reparación de vena iliaca con polipropileno 6-0 y retrasplante haciendo nuevas anastomosis en tejido sano, de arteria iliaca externa y vena iliaca externa, presentando un tiempo de isquemia de 45 minutos; obteniendo adecuada reperfusion del injerto renal, egreso del quirófano intubado, en razón a la aplicación de anestesia general, pasando a la Unidad de Terapia Intensiva, toda vez que requería vigilancia y cuidado permanente; sin embargo, en dicha unidad no se contaba con disponibilidad de aislamiento protector, por lo que con el fin de disminuir el riesgo de infecciones agregadas debido a su estado de inmunosupresión, fue trasladado a una sala de aislamiento preventivo ubicado en el servicio de medicina interna, para continuar con la atención médica y vigilancia continua, sin que ello demeritara la atención que se le otorgó, sino por el contrario para mayor protección de su integridad y salud, que en esa área el paciente fue extubado al ya no requerirlo; por lo tanto, el envío del paciente a la sala aislada fue siempre buscando su mayor cuidado, traducido en un acto apegado al principio de beneficencia médica, sin el ánimo de causarle algún daño.

Manifestó que el paciente se mantenía en anuria, con sospecha de necrosis tubular aguda, le realizó ultrasonido doppler encontrándose adecuada perfusión del injerto renal, continuando en observación, le indicó la hemodiálisis de apoyo por la anuria ya que ante la carencia de recursos económicos de la familia y por no tener el HG ese servicio, orientó a su familiar sobre cómo obtener ayuda en la Administración del Patrimonio Social de los Servicios de Salud de Hidalgo, donde se le brindó el apoyo solicitado.

Así mismo refirió que como continuaba en anuria, decidió una nueva exploración en quirófano y toma de biopsia, (aún pendiente de resultado anatomopatológico) siguiendo lo establecido en los protocolos médicos. Se le realizó exploración y lavado de zona peri-injerto y se recabó cultivo de secreción del líquido peri-injerto, el cual reportó presencia de Klebsiella Pneumoniae cepa productora de metabetatalactamasas, y debido a ello, se indicó tratamiento de cobertura antibiótica con colistina y levofloxacino por antibiograma.

Siguió manifestando que el paciente presentó uresis espontánea el día de la toma de biopsia, mostrando una evolución con volúmenes urinarios en aumento y mejora

clínica sistémica durante los siguientes días, por lo que se decidió continuar con el mismo esquema antibiótico y el apoyo nutricional, en espera de recuperación del proceso de necrosis tubular aguda.

Detalló, que el diecisiete de agosto de dos mil diecinueve, el personal médico de guardia, detectó que el paciente (hoy agraviado) presentó dolor abdominal súbito y sangrado en la zona del drenaje, con disminución en cifras tensionales, lo cual se hizo del conocimiento a Q1 y se le dijo que era urgente una nueva intervención quirúrgica, quien la aceptó mediante carta de consentimiento.

Señaló que durante el procedimiento se decidió el retiro del injerto (trasplantectomía), con reparación de arteria renal en sitios diferentes; para así evitar mayores complicaciones y disminución de riesgos para la vida del paciente; situación que le fue informada de manera permanente a Q1 y que, ante el estado de grave complicación del paciente, no había alternativa para mantener el riñón, siempre con el objeto de conservar la vida del paciente.

Continuó describiendo que el paciente egresó del quirófano intubado y lo envió a la Unidad de Terapia Intensiva, porque al retirar el injerto renal suspendió el tratamiento inmunosupresor; se dio la indicación de mantener con medicamentos para estabilizar la tensión arterial y perfusión de los tejidos, así como también con necesidad de reinicio de terapia renal sustitutiva con hemodiálisis, y que, por la imposibilidad económica de la familia para la realización de la hemodiálisis, solicitó a través de Patrimonio Social apoyo nuevamente para que se le hicieran dichas terapias, quedando éstas sujetas a la valoración del estado médico y la disponibilidad de los apoyos económicos toda vez, que ese servicio era prestado por una empresa particular.

Dijo que, por el estado neurológico del paciente, se ordenó el estudio de electroencefalograma, reportando actividad cerebral acorde a su estado de salud; sin embargo, a pesar de los apoyos gestionados para el paciente, Q1 solicitó el traslado a un hospital del IMSS, brindándole ayuda en los trámites administrativos para su ingreso al otro nosocomio, por lo que una ambulancia de cuidados intensivos y personal capacitado, trasladó al paciente hasta el área de choque del servicio de urgencias del Hospital General de Zona y Medicina Familiar número 1 del IMSS en Pachuca de Soto.

Así mismo, entregó un resumen clínico para que fuera presentado en la otra unidad hospitalaria, exentando el pago de la atención brindada en su unidad, como parte del apoyo otorgado durante su permanencia en el HG.

Afirmó que, durante toda su estancia dentro del HG, incluso a su entrega al personal de la otra unidad, el paciente nunca presentó paro cardiorrespiratorio ni criterios clínicos ni estudios compatibles con muerte encefálica como falsamente lo expresó la Q1

Finalizó que el actuar de los médicos siempre se apegó a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y se brindó de forma permanente una atención oportuna y de calidad, así como un trato éticamente responsable y respetuoso al paciente y familiar; siempre se informó al paciente, y a la familia, sobre el pronóstico y evolución del estado de salud, tomando las decisiones que menores riesgos implicarían y aquellas que mayor beneficio podrían ofrecer al paciente, respetando en todo momento su autonomía, dignidad y ejerciendo de manera adecuada a los principios de beneficencia y no así la maleficencia que se ha comentado con los actos tendientes a garantizar el derecho humano a la protección de la salud (hojas 12 a 17).

8. El diecinueve de septiembre de dos mil diecinueve, el médico *****, entonces Director del HG, remitió a esta Comisión copias certificadas del expediente clínico del hoy agraviado, copias de recetas médicas y copia simple de resumen médico dirigido al Hospital de Zona 1 del IMSS en Pachuca de Soto (hoja 59-60).

9. Posteriormente y mediante oficio del veintisiete de septiembre de dos mil diecinueve, se dio vista del Informe de Ley rendido por AR1, a la hoy quejosa, quedando debidamente notificada en su domicilio el tres de octubre de dos mil diecinueve (hojas 471-472).

10. El veinticinco de octubre de dos mil diecinueve, por escrito Q1 contestó a la vista en la que refirió que el veintiocho de julio de dos mil diecinueve, su hijo A1 fue informado de un posible donante no vivo, siendo citado para el siguiente día cuando le dijeron que era “candidato a trasplante”, explicándole la doctora AR2, que tendrían que surtir las recetas correspondientes, ya que eran necesarias para evitar un rechazo.

Narró que A1, ingresó al primer piso de trasplantes del HG, preparándolo para el proceso, después “bajó” a quirófano, luego, le avisaron que fue un éxito el trasplante, ya que el riñón estaba trabajando normal.

Sin embargo, ese mismo día, le llamaron para que se presentara a quirófano de manera urgente, y le informaron que, al “subir” a su hijo a piso, se dieron cuenta que no

estaba drenando y lo llevaron a realizarle un ultrasonido doppler, diciéndole que el riñón se había “*volteado*” y que una arteria se había “*doblado*”, por lo que había ingresado a quirófano muy a tiempo para intervenirlo, siendo como un segundo trasplante en el “*reacomodo*”.

Precisó que el seis de agosto de dos mil diecinueve, fue la tercera cirugía de su hijo, después de ésta le entregaron la orden para la autorización y el doctor AR1, junto con el “*doctor ******”, acompañados de la “*doctora ******” y la doctora AR2, le explicaron que había tenido “*desgarramiento de arterias*” pero jamás le informaron la cantidad de sangre que su hijo había perdido, quien al salir de quirófano tuvo que ser ingresado a terapia intensiva intubado.

A su vez, abundó que el siete de agosto de dos mil diecinueve, su hijo ingresó a una sala de aislamiento para su atención adecuada, pero a su decir “*estaba en pésimas condiciones*”, sin asear, con las ventanas abiertas y corrientes de aire, que su hijo no tuvo los cuidados correctos, ya que los enfermeros y médicos entraron a la habitación donde estaba el paciente, sin bata azul ni cubrebocas, sólo con su respectivo uniforme, y que no le dieron sus medicamentos.

Por último, aseveró, que el martes trece de agosto de dos mil diecinueve, entró su hijo por cuarta vez a quirófano para tomar una biopsia del riñón, checar color y palpación, y que al día siguiente requirió otra hemodiálisis, pero la enviaron sin ningún resumen médico a la Clínica de Hemodiálisis ubicada en el fraccionamiento San Carlos en Pachuca de Soto (hojas 474-480)

11. Por oficio de fecha trece de diciembre de dos mil diecinueve, se solicitó al entonces comisionado Estatal de la Comisión de Arbitraje Médico en Hidalgo, una opinión técnica médica, respecto a los hechos que dieron origen a la presente queja (hoja 612).

12. El nueve de enero de dos mil veinte, ***** ***** ***** ***** , entonces comisionado de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, informó que esa institución no contaba con especialistas en Nefrología y Cirugía de Trasplantes de Riñón, por lo que al tratarse de un caso en particular de alta especialidad no estaba en posibilidades de dar cumplimiento a la petición realizada por este Organismo (hoja 613).

13. El veintidós de enero de dos mil veinte, mediante oficio se solicitó al entonces comisionado Nacional de Arbitraje Médico, su apoyo e intervención para la

emisión de una opinión técnica médica respecto a los hechos que dieron origen a la presente queja (hoja 616).

14. El veintiséis de febrero de dos mil veinte, se recibió escrito signado por la doctora ***** *, entonces directora general de la CONAMED, mediante el cual, refirió que se requería diversas documentales para el efecto de estar en posibilidad de emitir el dictamen médico institucional solicitado (hoja 619).

15. El doce de marzo de dos mil veinte, mediante oficio se solicitaron los expedientes clínicos del paciente A1, al director del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 1 del IMSS, así como al director del HG (hojas 623- 624).

16. Con fecha tres de agosto de dos mil veinte, se recibió escrito signado por el doctor ***** *, entonces director del HG, mediante el cual remitió estudios de imagenología de doppler renal, tomografía de cráneo de A1, así como el expediente clínico de éste (hojas 625-626).

17. Mediante oficio de quince de diciembre de dos mil veinte, fue remitida a la CONAMED la documentación necesaria para la emisión del dictamen médico institucional que se requería (hoja 1209).

18. El veinticuatro de marzo de dos mil veintidós, se recibió oficio firmado por la entonces directora general de la CONAMED, mediante el cual remitió el dictamen médico institucional número 32/2022 respecto a la atención médica otorgada al paciente A1 (hojas 1236-1309).

19. En acta circunstanciada del trece de junio de dos mil veintidós, se hizo constar la comparecencia de la quejosa Q1 quien exhibió copia simple de la determinación y calificación de falta dictada por el OIC de SSa el seis de ese mes y año en el expediente número ***** (hojas 1312-1400).

20. Derivado del dictamen médico remitido por la CONAMED, con oficios del veinticinco de junio de dos mil veintidós, se solicitaron Informes de Ley a AR2 e AR3, médicas adscritas al HG (hojas 1402-1403).

21. El cuatro de agosto de dos mil veintidós, se recibió el Informe de Ley de la doctora AR3, en el cual aseveró que no intervino en la atención médica del paciente A1, ya que durante el periodo comprendido del diez al dieciocho de agosto de dos mil diecinueve, se ausentó del nosocomio, porque solicitó un permiso para faltar a sus labores, y que si bien era cierto, que en el expediente clínico se advertían diversos

documentos que, aparentemente, contenían sus datos, afirmó que no correspondían a su puño y letra, aclarando que debido al tiempo que había pasado no contaba con el formato de solicitud de permiso.

Dijo que, al no contar con el citado documento, solicitó al director del HG, la constancia de asistencia del día de los hechos y/o en su defecto el comprobante que avalaba los motivos de su inasistencia, dicha petición la realizó debido a que se estaba integrando una investigación en el OIC de SSa y en su momento entregaron dicha documental con la que pretendía acreditar su ausencia.

Aclaró que, la suplencia ocurría cuando el personal, no se presentaba a cumplir sus funciones; así que, otro médico la suplió el día de los hechos, por lo que al no haberse presentado a laborar resultaba imposible que hubiere transgredido derecho humano alguno del paciente ni de ninguna otra persona (hojas 1408-1425).

22. Por oficio emitido el ocho de agosto de dos mil veintidós, se dio vista a la quejosa con el Informe de Ley rendido por AR3, mismo que le fue notificado de forma personal el once del mismo mes y año (hoja 1428).

23. El once de agosto de dos mil veintidós, se recibió el informe signado por la médica AR2, en el cual relató, que en marzo de dos mil trece, el paciente A1 tuvo su primer intento de trasplante, con pérdida temprana del injerto a las veinticuatro horas por rechazo hiperagudo (inmediatamente después del trasplante), reiniciándose terapia dialítica, primero con diálisis peritoneal y posteriormente con hemodiálisis. Dijo que solicitó nota de alta y estudios anatomopatológicos del primer trasplante, pero no fueron entregados por el paciente debido a que se realizaron en el Centro Médico Nacional la Raza.

Manifestó que ordenó y realizó un panel de Torch, el cual debió ser agregado al expediente clínico de A1; sin embargo, desconocía por qué no obraba dentro del mismo, ya que el resguardo de todos los documentos que los integraban, incluido el del ahora quejoso, obraban en el HG, como propietario del expediente clínico de acuerdo a lo establecido a la NOM-004-SSA3-2012.

Agregó, que al paciente A1, realizó una valoración integral de sus condiciones clínicas y no se hizo consideración alguna durante las consultas seriadas del equipo de trasplante en las que se recabaron resultados de los exámenes de laboratorio básicos de control, siendo que no había indicación de medidas de corrección de anemia, que el

paciente era derechohabiente del IMSS, por lo que correspondía a éste realizar las modificaciones en el manejo de los factores estimulantes de la eritropoyesis, así como el manejo de las alteraciones del metabolismo fosfocálcico y la adecuación en las dosis de hemodiálisis y que la corrección de la anemia y todos los ajustes del tratamiento durante el periodo de espera de trasplante debían hacerse durante sus seguimientos en el IMSS, como lo marcaba la normatividad institucional; lo anterior, para brindar la atención subrogada del tratamiento indicado, por lo que esto se realizaba fuera del HG, así mismo las valoraciones mensuales de las condiciones generales del paciente, no contraindicaban en ningún momento que este fuera llamado como posible receptor de trasplante renal.

De igual manera añadió que por las condiciones generales del paciente y la naturaleza crónica e irreversible de su enfermedad, las condiciones tanto clínicas como de laboratorio podrían ser variables, además de tomar en cuenta que el estado nutricional, el control de la anemia y la calidad del tratamiento dialítico dependerían en gran medida del cumplimiento del paciente y la capacidad para tener acceso a los medicamentos adecuados.

Expuso que respecto del cuidado y manejo postquirúrgico del paciente, desde el día veintinueve de julio de dos mil diecinueve hasta su egreso voluntario de A1, le brindó atención médica adecuada y que todo ello se podía verificar en el expediente clínico que incluía la atención médica brindada al hoy agraviado, basado en la normatividad respectiva.

Así mismo, refirió que el servicio de nefrología brindó la atención médica postquirúrgica adecuada, situación que se podía valorar con el expediente clínico en donde se describió su actuar, acreditando que no fue omisa en el tratamiento postquirúrgico, ya que existía un resumen médico proporcionado a Q1, con el que acreditaba se encontraba informada (hojas 1430-1452).

24. El dieciséis de agosto de dos mil veintidós, la quejosa dio contestación a la vista del informe rendido por la médica AR3, en el que refirió que de diversas documentales que obraban en el expediente médico se observó el nombre y firma de dicha persona servidora pública (hojas 1453-1455).

25. Con oficio del diecinueve de agosto de dos mil veintidós, se concedió a la quejosa vista del Informe de Ley rendido por la médica AR2, mismo que se le notificó personalmente el veintidós del mismo mes y año (hoja 1456).

26. El veinticuatro de agosto de dos mil veintidós, la quejosa dio contestación a la vista concedida, reiterando las diversas acciones u omisiones que consideró cometió la médica AR2 durante la atención de su hijo A1 (hojas 1457-1463).

27. El veintinueve de septiembre de dos mil veintidós, se recibió el oficio mediante el cual el director del área de responsabilidades y autoridad substanciadora y resolutora de la Dirección General de Combate a la Impunidad de la Secretaría de Contraloría del Poder Ejecutivo de Hidalgo, requirió copias certificadas del dictamen médico institucional número 32 y de la “*recomendación*”, ello con la finalidad de contar con elementos para dictar la resolución dentro del Procedimiento de Responsabilidad Administrativa bajo el expediente número *****; al cual recayó el acuerdo de fecha tres de octubre de aquella anualidad en la que se ordenó la expedición de las copias del multicitado dictamen, informando la imposibilidad de remitir resolución alguna, toda vez que el expediente se encontraba en integración (hojas 1471-1472 y 1474-1475).

28. Mediante oficio del catorce de noviembre de dos mil veintidós, se elaboró solicitud de Informe de Ley a AI1, médico adscrito al HG, el cual fue debidamente notificado el diecisiete del mismo mes y año.

En esa misma fecha, se recibió el oficio signado por la directora de responsabilidades de la Dirección General de Combate a la Impunidad en la Secretaría de Contraloría del Poder Ejecutivo de Hidalgo, en la cual solicitó copias certificadas de la “*recomendación*”; a la cual recayó acuerdo en el que se indicó la imposibilidad de remitir lo solicitado, toda vez que el expediente se encontraba en integración (hojas 1486-1489)

29. El veintinueve de noviembre de dos mil veintidós, se recibió el Informe de Ley signado por AI1, en el que indicó, que como médico adscrito al servicio de Medicina Interna del HG en el turno especial diurno (fin de semana) el diez de agosto de dos mil diecinueve, visitó a A1 y elaboró la nota respectiva, que presentaba mejora en su salud, aclarando que la enfermedad de cualquier paciente era dinámica y más en pacientes graves como en su caso.

Así entonces, derivado de la vigilancia al paciente, solicitó iniciar el trámite para realizar sesión de hemodiálisis urgente de un servicio externo al HG (ya que el nosocomio no contaba con ese servicio), realizándose la sesión de hemodiálisis (hojas 1494-1495).

30. Con oficio del uno de diciembre de dos mil veintidós, se dio vista a la quejosa con el Informe de Ley rendido por AI1, médico adscrito al servicio de medicina interna del HG, mismo que le fue notificado personalmente el dos de diciembre de dos

mil veintidós.

En relación a lo anterior, la quejosa dio contestación a la vista concedida, el dos de diciembre de dos mil veintidós, indicando que el médico AI1 fue omiso en informar al servicio de nefrología la condición del paciente (hoja 1496 y 1499-1500).

31. El trece de diciembre de dos mil veintidós, la quejosa presentó escrito mediante el cual solicitó se requiriera Informe de Ley al personal que atendió a su hijo en la cirugía del trece de agosto de dos mil diecinueve, toda vez que argumentó que *“faltaba una gasa en cirugía en cavidad abdominal del paciente”* y pese a ello decidieron cerrar plano (hojas 1505-1506).

32. Mediante acuerdo dictado el veintisiete de diciembre de dos mil veintidós, se ordenó girar oficio al director del HG, con la finalidad de que indicara al personal que participó en la cirugía de fecha trece de agosto de dos mil diecinueve, rindieran su Informe de Ley; así también se solicitó al director general de arbitraje de la CONAMED precisara que debía entenderse con *“compresa en cirugía”*; girando para tal efectos los oficios correspondientes (hojas 1507-1509).

33. AR1, AI2, AI3, AI4 y AI5, personal adscrito al HG y participantes en la cirugía del trece de agosto de dos mil diecinueve, rindieron individualmente sus Informes de Ley (1513-1525, 1527-1529, 1531-1581).

34. Con oficio del nueve de febrero de dos mil veintitrés, se concedió a la quejosa vista de los informes rendidos por las autoridades involucradas AI2, médico; AR1, nefrólogo; AI3, enfermera; AI4, médica adscrita al servicio de anestesiología y AI5, médica especialista en cirugía general; el cual fue notificado de manera personal el trece de febrero de dos mil veintitrés.

En relación a lo anterior, el dieciséis de febrero de dos mil veintitrés, Q1 dio contestación a la vista (hojas 1582-1653).

35. El tres de abril de dos mil veintitrés, el médico ***** *****, rindió peritaje, mismo que fuera ofertado como prueba por la médica AI5, en el que concluyó que no quedó ningún textiloma en cavidad (hojas 1662-1674).

36. Mediante oficio de fecha cuatro de abril de dos mil veintitrés, signado por la doctora ***** *****, se indicó que debería entenderse por el

término de “compresa en cirugía”, a la colocación intencional de una tela durante un evento quirúrgico para contener el sangrado (hoja 1725).

37. Mediante oficio se solicitó a la médica adscrita a este Organismo, la emisión de una opinión médica respecto a la atención que recibió A1 el día trece de agosto de dos mil diecinueve en el HG, en particular a la operación que tuviera verificativo en dicha fecha (hoja 1782).

38. Por oficio signado por la médica de la UNIT, rindió opinión técnica médica en la que concluyó, que el procedimiento quirúrgico denominado “exploración del injerto y toma de biopsia” que le fue realizado a A1 el día trece de agosto de dos mil diecinueve, por el personal médico quirúrgico adscrito al HG, fue realizado con la adecuada técnica quirúrgica, cubriendo los criterios establecidos en las normas oficiales mexicanas, guías de práctica clínica y bibliografía médico especializada, por lo que no se observó mala praxis (hojas 1783-1807).

39. El siete de diciembre de dos mil veintitrés, personal de esta Institución realizó la diligencia de inspección del expediente número ***** en la Dirección General de Combate a la Impunidad en la Secretaría de Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Hidalgo (hojas 1826-1831).

40. Mediante oficio del veinte de diciembre de dos mil veintitrés se solicitó al director del HG que remitiera el nombre y cargo de las personas que participaron en la cirugía practicada a A1 el diecisiete de agosto de dos mil diecinueve.

En relación a lo anterior, mediante oficio dicha autoridad atendió el requerimiento formulado (hojas 1832-1834).

41. El nueve de enero de dos mil veinticuatro, se solicitó al director del HG precisara la información que remitió mediante el diverso oficio; dando respuesta el dieciséis de enero del año que transcurre (hojas 1835-1836).

42. El seis de marzo de dos mil veinticuatro, personal de este Organismo realizó la inspección de la Carpeta de Investigación número ***** , iniciada por A1 en contra de AR1, por delitos cometidos en el ejercicio de una actividad profesional o técnica, la cual se encontraba en integración (hojas 1842-1848).

43. Con oficio del doce de junio de dos mil veinticuatro, se solicitó al médico ***** ***** ***** , director del HG, notificara a AR1 y AI2, para que comparecieran

a rendir su ampliación de Informe de Ley y a ***** ***** ***** , para su declaración testimonial, todos el catorce del presente mes y año (hoja 1851).

44. El catorce de junio de dos mil veinticuatro, tuvo verificativo la diligencia de ampliación de Informe de Ley, rendida por los médicos AR1 y AI2, en la que realizaron diversas manifestaciones en relación a la atención brindada a A1.

En esa misma fecha rindió declaración testimonial ***** ***** ***** (hojas 1852-1861).

Narrados los hechos se puntualizan las siguientes:

VII. EVIDENCIAS

- 45.** Queja presentada por Q1, por hechos cometidos en agravio de su hijo A1
- 46.** Informes de Ley rendidos por las personas servidoras públicas involucradas y responsables.
- 47.** Contestación de la quejosa a las vistas de Informes de Ley.
- 48.** Copia certificada del expediente clínico de A1, derivado de la atención médica que recibió en el HG.
- 49.** Copia certificada del expediente clínico de A1, respecto a la atención que recibió en el IMSS.
- 50.** Dictamen médico institucional 32/2022 emitido por la CONAMED, con relación al servicio de atención médica otorgada al agraviado, en el HG.
- 51.** Dictamen suscrito por el médico ***** ***** ***** , mismo que fuera ofertado por AI5.
- 52.** Opinión técnica médica rendida por la médica legista adscrita a este Organismo.
- 53.** Ampliación de Informes de Ley de las personas servidoras públicas.

En este tenor, se procede a la siguiente:

VIII. VALORACIÓN JURÍDICA

54. Competencia de la CDHEH. - La competencia de este organismo público defensor de derechos humanos, tiene su fundamento en el artículo 102 apartado B párrafos primero, segundo y quinto de la CPEUM⁵⁴, numeral 9º bis párrafo cuarto de la CPEH⁵⁵; así como sus similares 33 fracción XI, 84 párrafo segundo, 85 párrafo primero y 86 de la LDHEH⁵⁶; en relación con los arábigos 126 y 127 del Rto. LDHEH⁵⁷.

55. En cumplimiento a lo anterior, se examinaron los hechos origen de la queja, citada al rubro, de acuerdo con las disposiciones constitucionales legales e instrumentos internacionales aplicables al caso, vista la violación a los derechos humanos deducida de los hechos expuestos, concluyéndose que se han violentado los derechos humanos de A1, así como también de Q1 en su calidad de víctima indirecta.

56. Controversia. - Tal como se indicó en el apartado de antecedentes de la presente Recomendación, la quejosa reclamó ante esta Institución que su hijo recibió atención médica deficiente por el personal del HG desde su ingreso a dicho nosocomio el día veintinueve de julio de dos mil diecinueve, ello con la intención de realizarle un trasplante de riñón, mientras que las autoridades involucrados negaron tales imputaciones en su contra.

57. Con la finalidad de resolver conforme a derecho y a fin de sustentar la presente Recomendación, se analizaron los medios de prueba que obran en el expediente de estudio, dentro del cual existen elementos que dan certeza suficiente para acreditar la violación a los derechos humanos del agraviado.

58. De tal manera que, derivado de un análisis integral de todo el material probatorio descrito en el rubro de evidencias de la presente resolución, atendiendo al numeral 80 de la LDHEH⁵⁸, el cual establece que las pruebas que se presenten tanto por las y los interesados como por las personas servidoras públicas, o bien, las que esta Comisión recabe de oficio, **serán valoradas en su conjunto, de acuerdo con los principios de la lógica, la experiencia y la legalidad**, a fin de que puedan producir

Fundamento legal: artículo 107 y 114 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Hidalgo; artículo 3 fracción VII de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo, así como el quincuagésimo noveno de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como la elaboración de las versiones públicas.

⁵⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, México, disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

⁵⁵ Constitución Política del Estado de Hidalgo; publicada en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo el 01 de octubre de 1920, disponible en [Constitucion Politica del Estado de Hidalgo.pdf \(congreso-hidalgo.gob.mx\)](http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/constitucion-politica-del-estado-de-hidalgo.pdf)

⁵⁶ Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo el 5 de diciembre de 2011, México. Disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/LEYES_VIGENTES/leyes_vigentes.html

⁵⁷ Reglamento de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, publicado en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo el 19 de octubre del 2020, México. Disponible en <https://periodico.hidalgo.gob.mx/?p=44689>

⁵⁸ Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo el 5 de diciembre de 2011, México. Disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/LEYES_VIGENTES/leyes_vigentes.html

convicción sobre los hechos materia de la queja.

59. Así la presente queja, se resuelve por los hechos violatorios consistentes en derecho a recibir atención médica integral, derecho a una atención médica libre de negligencia, derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz sobre los tratamientos médicos o quirúrgicos, derecho a la debida integración y resguardo del expediente clínico, derecho a recibir los medicamentos y tratamientos correspondientes a su padecimiento y derecho al proyecto de vida, que, según el Catálogo de esta CDHEH⁵⁹, se definen como:

3.8 Derecho al proyecto de vida

Definición: derecho de todo ser humano a que se le proteja de cualquier acto que le impida realizarse de conformidad con su proyecto de vida, atendiendo a su vocación, interés y libertad.

9.1. Derecho a recibir atención médica integral

Definición: derecho de todo ser humano a recibir atención y tratamientos oportunos para la satisfacción de las necesidades de salud, respetando el principio de la autonomía del paciente.

9.2. Derecho a una atención médica libre de negligencia

Definición: derecho de todo ser humano a recibir atención médica libre de descuidos u omisiones que pongan en peligro la salud o la vida.

9.5. Derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz sobre los tratamientos médicos o quirúrgicos

Definición: derecho de todo ser humano a recibir información necesaria para tomar decisiones sobre su estado de salud, a efecto de que comprenda con claridad, los propósitos de todo examen o tratamiento, así como las consecuencias de dar o no su consentimiento.

9.10. Derecho a la debida integración y resguardo del expediente clínico

Definición: derecho de todo ser humano a contar con un expediente clínico que contenga información veraz, clara, precisa, legible y completa, que sea debidamente resguardado.

9.12. Derecho a recibir los medicamentos y tratamientos correspondientes a su padecimiento

Definición: derecho de todo ser humano a recibir los medicamentos, procedimientos, diagnósticos y terapéuticos correspondientes a su padecimiento.

60. En función de las figuras jurídicas antes mencionadas, deberá analizarse si las autoridades involucradas realizaron una acción o una omisión, con la que se violaron los derechos del agraviado, específicamente los referidos en las líneas que anteceden.

61. Por lo que primero se analizará lo que la legislación nacional e internacional establece al respecto.

62. El derecho aplicable al asunto que nos concierne, deriva de lo estipulado en el artículo 1 de la CPEUM⁶⁰, mismo que a la letra dice lo siguiente:

Artículo 1º (...) *Todas las autoridades en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos*

⁵⁹ Catálogo de Hechos Violatorios de Derechos Humanos

⁶⁰ CPEUM, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

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. (...).

63. El derecho a la salud se consagra, en el **artículo 4º de la CPEUM**⁶¹, en el cuarto párrafo, donde se reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, misma que la LGS en su numeral **1º Bis** define como, “... *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”⁶², teniendo como finalidad el bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población y la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

64. Al respecto, debe precisarse que el artículo 25.1 de la DUDH⁶³, establece que “**toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure**, así como a su familia, **la salud** y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, **la asistencia médica** y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

65. Así también encontramos apoyo en el numeral 12 del PIDESC⁶⁴, que prevé que los Estados Partes reconocen **el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**, por lo que se deberán adoptar las medidas necesarias para la plena efectividad de dicha prerrogativa, como lo es la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

66. Lo anterior se correlaciona con lo citado en la **Observación general N° 14**⁶⁵, donde se refiere que “**la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente**”.

Fundamento legal: artículo 107 y 114 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Hidalgo; artículo 3 fracción VII de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo, así como el quincuagésimo noveno de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como la elaboración de las versiones públicas.

⁶¹ Ídem.

⁶² Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984, México. Disponible en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

⁶³ Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/782003/11_Declaracion_Universal_de_los_Derechos_Humanos.pdf

⁶⁴ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado el 16 de diciembre de 1966, visible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/315388/Pacto_Internacional_de_Derechos_Economicos.pdf

⁶⁵ Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000, visible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

67. Por su parte, el **Protocolo de San Salvador**⁶⁶, establece lo siguiente:

“**Artículo 10.** Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. (...)”

68. Este Organismo, con la finalidad de resolver conforme a derecho y a fin de sustentar la presente Recomendación, analizó todos y cada uno de los medios de prueba, que obran dentro del expediente de estudio, resultando que, dentro del mismo, existen elementos que dan firme credibilidad y plena certeza de la violación a los derechos humanos de A1, **por el personal médico adscrito al HG, quienes no prestaron una debida, adecuada y suficiente atención médica.**

69. Así entonces, tenemos que Q1, aseveró que su hijo A1, fue víctima de negligencia médica, por el personal médico que lo atendió en el HG de Pachuca de Soto, e indicó diversos acontecimientos que desde su percepción fueron constitutivos de una inadecuada e insuficiente **atención médica**, y motivo de ello, fue que decidió trasladarlo al IMSS.

70. Es importante referir, que el concepto de atención médica se encuentra previsto en el artículo 7 del Rto LGS en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica⁶⁷, que lo define como:

“**I.- Atención Médica.** - El conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, así como brindarle los cuidados paliativos al paciente en situación terminal;

(...)

V.- Servicio de Atención Médica. - El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención, curación y cuidados paliativos de las enfermedades que afectan a los usuarios, así como de la rehabilitación de los mismos, (...)”

71. Por otro lado, se observa en el citado reglamento, como es que debe de realizarse la atención médica.

“**Artículo 9.-** La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.”

72. De igual manera se desprende en la normatividad aludida, el derecho que tienen las personas usuarias que acuden al servicio médico en un hospital.

“**Artículo 48.-** Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato

⁶⁶ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1 de septiembre de 1998, visible en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/PI2.pdf>

⁶⁷ 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, visible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf

respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.”

73. Lo expuesto con anterioridad, se ve reforzado con lo establecido en la jurisprudencia⁶⁸, cuyo rubro y texto dicen:

DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiéndose calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas. De lo anterior se desprende que, para garantizar el derecho a la salud, es menester que se proporcionen con calidad los servicios de salud, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos. Esto es, para garantizar la calidad en los servicios de salud como medio para proteger el derecho a la salud, el Estado debe emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin. Una de estas acciones puede ser el desarrollo de políticas públicas y otra, el establecimiento de controles legales. Así, una forma de garantizar el derecho a la salud, es establecer regulaciones o controles destinados a que los prestadores de servicios de salud satisfagan las condiciones necesarias de capacitación, educación, experiencia y tecnología, en establecimientos con condiciones sanitarias adecuadas y en donde se utilicen medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, tal como dispone el legislador ordinario en el artículo 271, segundo párrafo de la Ley General de Salud.

74. Como puede verse, el caso a estudio al tratarse de una cuestión médica, este Organismo, en su facultad de documentar debidamente las evidencias para el expediente de queja, procedió a recabarlas, para lograr el esclarecimiento de los hechos materia de la presunta violación a derechos humanos; en ese sentido, fue necesario contar con un **dictamen médico institucional** que justamente dilucidara si los hechos expuestos en la queja de mérito, fueron constitutivos de una inadecuada prestación del servicio médico al agraviado, para lo cual, se solicitó la colaboración de la instancia competente para la intervención, en el caso concreto la CONAMED, ya que dentro de sus facultades se encuentra la de emitir dictámenes médicos, por lo que el veinticuatro de marzo de dos mil veintidós, fue recepcionado el dictamen médico institucional 32/2022, en el que arribaron a las siguientes conclusiones:

“PRIMERA: Apreciamos **deficiencias en el protocolo pretrasplante realizado al C. A1 en el Hospital General de Pachuca de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, al no realizar todos los estudios requeridos (panel de TORCH)** para descartar procesos infecciosos inactivos, así como en la valoración integral de sus condiciones clínicas, sin evidencia de que ello incidiera en su evolución clínica.

SEGUNDA: La atención médica quirúrgica otorgada al C. A1, se ajustó a la *lex artis* en el estudio de compatibilidad con el donador cadavérico, en la asignación del órgano al C. A1, en el manejo de inmunosupresión pretrasplante, profilaxis antimicrobiana, técnica quirúrgica, identificación de la complicación (acodamiento de la arteria renal) temprana, decisión y oportunidad de la reintervención quirúrgica para su corrección, el tratamiento antimicrobiano y esquema de inmunosupresión postrasplante, el seguimiento ultrasonográfico, en la realización de estudios para identificar la causa de las complicaciones postoperatorias, en los procedimientos quirúrgicos realizados, incluyendo la transplantectomía.

TERCERA: Apreciamos **deficiencias en el seguimiento del paciente A1 en los siguientes rubros: se omitió el control de los niveles séricos de tacrolimus como**

⁶⁸ Tesis 1ª./J. 50/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXIX, abril de 2009, p. 164, registro digital 167530

recomiendan las guías internacionales, omisión en recabar los resultados de las biopsias y el cultivo de la arteria renal, sin evidencia de envío de la pieza quirúrgica (trasplante) para estudio histopatológico, lo que impide identificar si existió las complicaciones hemorrágicas derivaron de rechazo al órgano trasplantado, infección o ambos, sin perjuicio de ello, dichas complicaciones no derivaron de mala práctica médica.

CUARTA: Apreciamos elementos de mala práctica en la atención del choque hipovolémico del 17 de agosto de 2019, por parte de la ***** , por un manejo insuficiente con un periodo de hipoperfusión prologado (hipotensión con bradicardia), con secuelas neurológicas permanentes cuyo grado en afectación de lenguaje y fuerza muscular ameritan ser revaloradas posterior a una adecuada rehabilitación tanto física, como del lenguaje, corrección de la anemia, corrección del estado nutricional y valoración clínica de la sarcopenia.

QUINTA: Se aprecian deficiencias por incumplimiento a las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente clínico y de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, en los términos señalados en el rubro de “Consideraciones” del presente Dictamen Médico Institucional.

SEXTA: Se aprecian deficiencias institucionales por mala conservación de las instalaciones cuarto de aislado del servicio de Medicina Interna asignado al paciente A1, sin poder determinar si ello incidió en su evolución clínica. Así como falta de insumos básicos para la atención del paciente (reactivos del laboratorio, omeprazol), sin evidencia que esto último hubiese incidido en la evolución del paciente.”

IX. ANÁLISIS DE LA VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL

75. Sobre este tema, la CDHEH advierte que en el caso particular, existió violación al **derecho a recibir atención médica integral**, en virtud que A1, estuvo asistido en diversas ocasiones solo por médicos residentes y no así por médicos adscritos.

76. Se afirma así, debido a que de las constancias que integran el expediente clínico del agraviado, se advierte como ya se dijo, el antes citado, durante su estancia en el HG, en múltiples ocasiones, solo tuvo atención de médicos residentes y no de médicos adscritos al servicio, faltando a lo establecido en la NOM-001-SSA3-2012⁶⁹; en concreto a los numerales 10.5 y 11.4, que dicen lo siguiente:

“10.5 Contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias.”

“11.4 Participar, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes o de las poblaciones que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residentes.”

77. Lo anterior, porque si bien, en el dictamen médico institucional 32/2022, se estableció que no incidió en la evolución clínica del paciente, debe atenderse la

⁶⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, Diario Oficial de la Federación, México, cuatro de enero de dos mil trece. Disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0

normatividad antes referida, ello con la finalidad de que el personal médico residente, que se encuentra en formación, siempre esté asesorado por personal médico adscritos, brindando con ello una mejor atención a las personas usuarias y contribuyendo en la adecuada preparación de las y los residentes; ello debido a que dicha actuación impactaría de manera positiva en el respeto a los derechos humanos de las personas pacientes y usuarias del servicio.

78. Se afirma así, porque tal deber fue adoptado en la **DLAMMDP**⁷⁰, en la 34^a Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981 y enmendada por la 47^a Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995 y revisada su redacción en la 171^a Sesión del Consejo, Santiago, Chile, octubre 2005, estableciendo lo siguiente:

“1. Derecho a la atención médica de buena calidad

- a. Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada.
- b. Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior.
- c. El paciente siempre debe ser tratado respetando sus mejores intereses. El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados.
- d. La seguridad de la calidad siempre debe ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos.
(...)”

79. En efecto ha quedado claro que el derecho motivo de estudio de este apartado consistente en **recibir atención médica integral**, fue violentado en agravio de A1

X. ANÁLISIS DE LA VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA

80. En ese sentido, no escapa a la atención, la conclusión cuarta del dictamen médico institucional 32/2022 emitido por la CONAMED, en la que se indicó la mala práctica en la atención del choque hipovolemico del diecisiete de agosto de dos mil diecinueve y que al rendir Informe de Ley la anestesióloga AR3, médica adscrita al HG, negó su intervención en la atención médica al paciente A1, ya que aseguró que durante el período del diez al dieciocho de agosto de dos mil diecinueve, se ausentó del Hospital, por un permiso que solicitó con antelación.

81. A su vez, el que la misma sostuviera que, si bien era cierto, en el expediente

⁷⁰ Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente, disponible en <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/>

clínico se advertían diversos documentos que aparentemente contenían sus datos, tales como nombre y/o firmas, **bajo protesta de decir verdad, dijo que no correspondían a su puño y letra, al no reconocerlas como propias, y no haberlas realizado**, ya que no se presentó a trabajar; y agregó que otro médico la suplió el día de los hechos lo cual fue autorizado por su superior jerárquico.

82. Al respecto, debe decirse que, dichos argumentos y los medios de prueba que exhibió ante este Organismo, en nada sirvieron a su interés para liberarse de la responsabilidad que se le imputó, puesto que no basta con el sólo hecho de negar su participación en la atención médica del agraviado, y más aún que indicara que las constancias que obran en el expediente clínico del paciente A1, donde se observó su nombre y firma, no las realizó ella y por ende no las reconoció.

83. Y es que, aunque agregó impresiones a color de imágenes de Google fotos, capturas de conversaciones de la aplicación WhatsApp y las documentales en las que solicitó al director del HG constancia de asistencia, tales medios de convicción, resultaron insuficientes, para dar credibilidad a sus manifestaciones, es decir, que resultó falso que no fue a laborar al HG el día de los hechos motivo de la queja; ni que fuera suplida por otro médico, por ende, no desvirtuó su participación en la cirugía de fecha diecisiete de agosto de dos mil diecinueve.

84. Mas aún, cuando existen evidencias de que sí le brindó atención médica al agraviado el diecisiete de agosto de dos mil diecinueve, como lo fue la documental pública consistente en copias certificadas del expediente clínico número *****, a nombre de A1, donde se localizaron diversas constancias, en las que se visualizó su nombre y firma, que si bien indicó no las reconocía, lo cierto es que con la sola negación de los hechos no logró revertir lo observado en las documentales ya referidas.

85. Aplica al presente caso, la Tesis aislada⁷¹ que lleva por rubro:

DOCUMENTAL PÚBLICA. TIENE EFICACIA PROBATORIA PRIVILEGIADA EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 280 DEL CÓDIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES (ABROGADO). Los documentos públicos están definidos por el artículo 129 del Código Federal de Procedimientos Civiles como aquellos cuya formación está encomendada por la ley, dentro de los límites de su competencia, a un funcionario público revestido de la fe pública, y los expedidos por funcionarios públicos, en el ejercicio de sus funciones; además, dicho precepto establece que la calidad de públicos se demuestra por la existencia regular sobre los documentos, de los sellos, firmas u otros signos exteriores que, en su caso, prevengan las leyes. Esa definición legal hace patente que los documentos públicos a que se refiere el artículo 280 del Código Federal de Procedimientos Penales (abrogado) tienen una eficacia probatoria privilegiada debido a que poseen dos requisitos de carácter esencial, a saber: a) la autoría pública que deriva de la legitimación de su autor y b) la forma pública que es exigida por la propia ley. Es por ello que, en relación con la valoración de la documental pública, el juzgador

⁷¹ Tesis 1a. LXXIII/2019 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, tomo II, agosto de 2019, p. 1318 Registro Digital 2020456

debe verificar, como aspectos fundamentales, la autenticidad del documento y lo que se pretende probar (eficacia probatoria). Así, tales elementos están íntimamente relacionados en virtud de que la eficacia del documento público depende, en primer plano, de su autenticidad, pues regularmente la documental pública tiene el carácter de prueba tasada o legal respecto de determinados extremos, como son la existencia del documento, la fecha de su emisión, el funcionario que lo emitió y los intervinientes. Por esa circunstancia, la doctrina ha considerado que el documento público goza de eficacia privilegiada, la cual no puede ser ignorada por el juzgador al momento de valorarlo.

86. Así mismo, advirtiendo de la nota prequirúrgica y en el reverso la nota postquirúrgica de cirugía general, de fecha diecisiete de agosto de dos mil diecinueve, observándose que el equipo quirúrgico lo conformaron, “cirujanos ***** y *****”, ayudantes doctora *****”, instrumentista doctora *****”, circulante enfermero en turno, **anestesiólogo, doctora *****”.**

87. De igual manera en la constancia de solicitud de procedimiento quirúrgico del paciente A1, de fecha diecisiete de agosto de dos mil diecinueve, se observó al reverso de esta, que el equipo quirúrgico, fue el cirujano AR1, *****”, ayudante doctora *****”, instrumentista doctor *****”, anestesióloga “Dra ***** MMA/Dr ***** RA3/ Dra *****”, “circulante enfermera *****”.

88. Por otro lado, se cuenta con la “**Carta de consentimiento bajo información para la realización del procedimiento anestésico**”, de fecha diecisiete de agosto de dos mil diecinueve, en la parte inferior de la citada documental, se observan las firmas y nombres de “Q1, (nombre y firma del paciente o persona responsable), **Dra. ***** (nombre y firma del médico), ******* ***** (nombre y firma del testigo)”, y el nombre del segundo testigo es ilegible.

89. En la lista de anestesia y recuperación, de diecisiete de agosto de dos mil diecinueve, en la parte inferior se observa el nombre del “**ANESTESIÓLOGO Dra ***** / Dr ***** / Dra ***** / Dra *******”, y al reverso en la valoración preanestésica **se observa el nombre de la médico responsable “Dra *****”.**

90. Otra constancia que se observa, es la nota trans y post anestésica del diecisiete de agosto de dos mil diecinueve del paciente A1, en la que en parte inferior está anotado “**Dra. ***** MAA/Dr. ***** MAA/Dr. ***** /Dr. ***** MRA3/Dra. ***** MRA2/Dra. ***** MRA1**”, con dos rúbricas sin poder apreciar a qué médico corresponde, y al reverso en la nota de valoración preanestésica de la misma fecha, se ubican los mismos nombres antes citados.

91. Como se desprende, el nombre y firma de la médica AR3, se encuentra en

diversas constancias del expediente clínico de A1, que si bien, no reconoció, las mismas como ya se dijo, su sola negación y evidencias exhibidas no constituyen prueba idónea para acreditar su ausencia; además del hecho de que dejó aislado su dicho de que fue suplida por un médico de su mismo nivel, ya que con ninguna documental que exhibió probó su aseveración.

92. En relación a lo anterior, es preciso destacar que en el oficio número *** signado por ***** ***** ***** , director del HG precisó lo siguiente: “AR3, médico anesthesiólogo que participó en la intervención del paciente A1”, con lo cual se confirma su presencia en dicha operación.

93. También obra la ampliación de Informe de Ley de los médicos AR1 y AI2; el primero de ellos manifestó que los participantes de la cirugía del diecisiete de agosto de dos mil diecinueve, eran quienes aparecían en el expediente clínico; el segundo de ellos refirió que no recordaba quien formó parte de equipo de anestesia, pero que sí revisó la “Hoja de programación quirúrgica”, del cual se desprendía el nombre de los participantes en la cirugía.

94. Ciertamente, puesto que como se refirió en los párrafos que anteceden la participación de la médica AR3, queda acreditada con las pruebas ya referidas, y por lo que respecta a su actuación en la cirugía del día diecisiete de agosto de dos mil diecinueve, en el Dictamen Médico Institucional número 32/2022, se puede leer lo siguiente:

“Apreciamos elementos de mala práctica en el manejo transanestésico por parte de la Dra. ***, en el manejo del choque hipovolémico que presentó el paciente durante el evento anestésico quirúrgico, pues si bien inició la reposición de volumen con soluciones parenterales y derivados sanguíneos e inició infusión de noradrenalina y dopamina, el manejo fue insuficiente, con un periodo prolongado (de 07:40 a 08:25 horas) de hipotensión arterial (tensión arterial media de 48 a 56 mmHg), con disminución progresiva de la frecuencia cardiaca a partir de las 08:05 horas hasta 36 latidos por minuto a las 08:15 horas, manteniéndose así hasta las 08:30 horas, sin registrar el momento en que se ministró 1 mg de atropina. Es de hacer notar que, si no hay respuesta al uso de atropina, ésta puede repetirse cada 3 a 5 minutos hasta un total de 0.04 mg/kg, sin embargo, a pesar de que el paciente permaneció 15 minutos con bradicardia asociada a inestabilidad hemodinámica sólo se ministró una dosis. Dicho evento de hipoperfusión prolongada favoreció la presentación de encefalopatía anoxo-isquémica, con secuelas neurológicas permanentes (más adelante se abundará en este rubro).**

95. Además de ello, existe en el expediente en que se actúa, las copias certificadas del expediente clínico de A1, que fuera integrado con motivo de su atención en el IMSS, la nota de **valoración por neurología** de fecha tres de septiembre de dos mil diecinueve, signada por el “Dr ***** MAT 9671544”, en la cual indicó, **“S: no se comunica” “O: Despierto, con actividad motora espontánea cefálica y distal en extremidades superiores, no emite lenguaje, no comprende, pupilas isométricas, normorreflécticas, conserva reflejos de tallo,** los rem con

hiporreflexia generalizada plantar indiferente. No hay datos francos de lateralización, aunque se reporta por familia mayor actividad motora espontánea en hemicuerpo derecho...”; derivado de ello el agraviado tuvo que acudir a terapia al Centro de Rehabilitación Integral de Hidalgo, como se advierten de las constancias que obran en el expediente.

96. También se aprecia, el “Dictamen de invalidez ST-4” del IMSS, con fecha de inicio tres de enero de dos mil veinte, con carácter de “**definitivo**”, teniendo como diagnóstico, “Nosológico, insuficiencia renal crónica y ceguera de ambos ojos; etiológico hipoplasia renal y multifactorial y anatomofuncional, falta de desarrollo renal bilateral que condiciona alteración en la filtración glomerular y pérdida de agudeza visual bilateral secundaria a factor metabólico e hipoxémico”.

97. Lo anterior nos permite concluir que se acreditó la violación a los derechos humanos de A1, en específico el **derecho a una atención médica libre de negligencia**, toda vez que no se garantizaron las condiciones necesarias para lograr su bienestar físico, mental y social; pues el servicio de calidad que debía recibir, fue deficiente y por lo tanto no se le aseguró el más alto nivel posible de salud y ello originó la presentación de encefalopatía anoxo-isquémica, **con secuelas neurológicas permanentes.**

XI. ANÁLISIS DE LA VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ SOBRE LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS

98. En relación a la atención brindada por el médico AR1, jefe del Servicio de Trasplantes del HG, tal y como determinó la CONAMED en el dictamen médico institucional 32/2022, su **actuar en el procedimiento quirúrgico del trasplante fue conforme a la *lex artis*, es decir, ajustado a la técnica descrita en los principios científicos, por lo que las complicaciones posteriores del paciente no derivaron de deficiencias técnicas en los procedimientos quirúrgicos** efectuados el veintinueve de julio de dos mil diecinueve y tampoco se apreciaron elementos de mala práctica por hemostasia inadecuada en la complicación hemorrágica presentada por el paciente el seis de agosto de dos mil diecinueve.

99. No obstante lo anterior, debe también decirse, que se detectaron omisiones en su actuar, tal como sucedió en la cirugía del veintinueve de julio de dos mil diecinueve, ya que no se localizó evidencia en el expediente clínico de **haber informado al paciente y su familiar del hallazgo de un defecto anatómico en el cordón**

espermático, la necesidad de seccionarlo para preservar el injerto y la posibilidad de que dicha alteración fuese también bilateral, con lo cual se violentó el **derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz sobre los tratamientos médicos o quirúrgicos**, con la finalidad de que tanto el paciente como su familiar comprendieran con claridad, los propósitos de todo examen o tratamiento, así como las consecuencias de dar o no su consentimiento.

XII. ANÁLISIS DE LA VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA DEBIDA INTEGRACIÓN Y RESGUARDO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

100. Continuando con el estudio de las constancias que integran el expediente al rubro citado, se arriba a la conclusión de que existió violación al **derecho a la debida integración y resguardo del expediente clínico**, pues de las copias certificadas del expediente clínico de A1 se pueden observar diversas deficiencias, lo que se corroboró con el dictamen médico institucional número 32/2022 rendido por la CONAMED y la opinión técnica signada por el personal médico adscrito a la CDHEH.

101. En efecto, debe resaltarse que la CoIDH, en la sentencia dictada en el caso Albán Cornejo y otros contra Ecuador, emitida el veintidós de noviembre de dos mil siete, estableció en su párrafo sesenta y ocho, lo siguiente: “En términos generales, es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como 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 (...)”⁷².

102. Y es que la debida integración del expediente clínico, permite que sea una guía para el tratamiento médico, así como una fuente de información para la persona usuaria de los servicios; por lo que el artículo 77 bis 37 de la LGS establece: “Los beneficiarios tendrán los siguientes derechos: (...) VII. Contar con su expediente clínico; (...)”⁷³, lo cual reafirma la importancia en primer término de la existencia de un expediente clínico y por ende de su adecuada integración.

103. Por su parte la NOM-004-SSA3-2012, en su numeral 4.4 lo define como “Expediente clínico, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos

⁷² Albán Cornejo y otros contra Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68. Visible en [Microsoft Word - seriec_171_esp.doc \(corteidh.or.cr\)](#)

⁷³ Ídem.

y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.”⁷⁴

104. En tal virtud, se reitera que en el expediente clínico se consignan los distintos procesos de la atención médica, estableciendo los aspectos del estado de salud de la persona paciente, resultando dichos registros elementales para su correcta integración, circunstancias que no sucedieron al formar el expediente del paciente A1, toda vez que como se puede apreciar de las copias certificadas del mismo, las constancias que lo integran carecen de secuencia cronológica, incumpliendo así con lo establecido en los numerales 5.14 y 5.18 de la NOM-004-SSA3-2012⁷⁵.

105. Ahora bien, en el caso que nos ocupa, se observó en la carta de consentimiento bajo información para el procedimiento quirúrgico del veintinueve de julio de dos mil diecinueve, que se omitió especificar los beneficios esperados y señalar el nombre del médico que proporcionó la información y recabó el consentimiento, contraviniendo lo estipulado en los numerales 10.1.1.6 y 10.1.1.9. de la multicitada norma⁷⁶; sin que existiera evidencia de que se hubiera violentado el derecho a la autodeterminación del paciente.

106. Así también, debe decirse que las **cartas de consentimiento bajo información para el procedimiento anestésico son genéricas y no especifican la técnica anestésica autorizada**, contraviniendo lo dispuesto en el artículo 10.1.1.5 de la NOM-004-SSA3-2012⁷⁷.

107. Otro punto a resaltar es respecto a la integración del expediente clínico, tal como se observó en el dictamen médico institucional 32/202, ya que faltaban algunos registros y notas de enfermería y nota médica del cinco de agosto de dos mil diecinueve e indicaciones médicas del dieciséis del mismo mes y año; además se encontró registro de otra paciente, sin que tales deficiencias administrativas hubiesen incidido en la evolución del paciente o la calidad de atención, pero sí en su derecho a tener un expediente completo y bien informado.

108. Lo que también se corroboró con lo manifestado en el Informe de Ley rendido por la médica AR2, quien a pesar de que supuestamente ordenó y realizó el

⁷⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787, México, 15 de octubre de 2012.

⁷⁵ Ídem.

⁷⁶ Ídem.

⁷⁷ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787, México, 15 de octubre de 2012.

estudio panel de TORCH, desconociendo por qué no se encontraba en el expediente médico del paciente, ya que el resguardo de los documentos correspondía al HG.

109. Además debe decirse que existió omisión en recabar los resultados de las biopsias y el cultivo de arteria renal, ya que no se halló evidencia de envío de la pieza quirúrgica (trasplante) para estudio histopatológico, y ello fue así, en razón de que en el expediente clínico no se encontraron documentales con las que se sustentara lo anterior, y si bien, al momento de rendir su Informe de Ley la médica referida, anexó como prueba copia del estudio histopatológico de la pieza (injerto renal), lo cierto es que, este estudio debió correr agregado al expediente médico del agraviado, pues como ya se dijo, resulta de vital importancia para un adecuado acceso a la información por parte del paciente, las y los médicos tratantes; reiterando con ello el incumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012.

XIII. ANÁLISIS DE LA VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A RECIBIR LOS MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS CORRESPONDIENTES A SU PADECIMIENTO

110. Este Organismo concluye que se acreditó la violación al **derecho a recibir los medicamentos y tratamientos correspondientes a su padecimiento**, toda vez que durante la atención del paciente se registró la falta de medicamentos y reactivos básicos de laboratorio; de igual manera se acreditó que el lugar donde permaneció A1 en las instalaciones del HG, tenía deficiencias por mala conservación de las mismas, sin contar con cuarto de aislamiento para el servicio de la unidad de trasplante y del servicio de medicina interna; aun y cuando se concluyó en el dictamen médico institucional 32/2022 que no se podía precisar si ello había influido o no en la evolución del paciente.

111. Y es que respecto a la falta de medicamentos, el entonces director del HG, precisó que los medicamentos se otorgaban acorde a la existencia en el nosocomio, resaltando aquellos que no pudieron ser proporcionados, argumentando que el paciente al ser derecho-habiente del IMSS, no contaba con prestación de seguro popular, pero ello es contrario al descrito hecho violatorio, porque condicionar la entrega de medicamento a que la persona paciente no fuera derechohabiente de otra Institución médica, se traduce en una violación a derechos humanos.

112. Para mejor comprensión de lo que se acaba de exponer, se trae a colación lo establecido en el artículo 2 del PDESC⁷⁸, que dice:

“1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto

⁷⁸ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado el 16 de diciembre de 1966, visible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/315388/Pacto_Internacional_de_Derechos_Economicos.pdf

por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos. (...)

113. Así también debemos considerar lo referido en el artículo 43 de la Observación General 14⁷⁹, que cita:

“43. En la observación general N° 3, el Comité confirma que los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud. Considerada conjuntamente con instrumentos más recientes, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (28), la Declaración de Alma-Ata ofrece una orientación inequívoca en cuanto a las obligaciones básicas dimanantes del artículo 12. Por consiguiente, el Comité considera que entre esas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes:

a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;

(...)

d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;

(...)

114. De la normatividad que antecede se arriba a la conclusión que el Estado tiene la obligación de garantizar a las personas usuarias de los servicios médicos, los “medicamentos esenciales”, lo que en el caso a estudio no sucedió, toda vez que de las documentales que obran en autos, se puede observar diversas recetas a nombre del agraviado, en las que se prescribieron medicamentos tales como “bumetanida, colestina, dopamina, enoxaparina, fluconazol, paracetamol, tacrolimus, tigeciclina”, mismos que no le fueron otorgados por el sector salud, aun cuando se encuentran contemplados en la lista Modelo de Medicamentos Esenciales⁸⁰ publicada por la OMS, y en aras de una tutela efectiva del derecho a la salud, debieron proporcionarse.

115. Resultando aplicable lo establecido por la CoIDH en el caso González Lluy y otros contra Ecuador, que dice: “El acceso a medicamentos forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”⁸¹, ello debido a que el suministro adecuado y oportuno de los medicamentos contribuirá en todo momento a garantizar el derecho a la salud del que todas las personas deben gozar.

XIV. ANÁLISIS DE LA VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO AL

⁷⁹ Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000, visible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

⁸⁰ Lista Modelo de Medicamentos Esenciales visible en [eEML - Electronic Essential Medicines List \(essentialmeds.org\)](http://eeml.who.int/)

⁸¹ González Lluy y otros vs Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015, párrafo 194.

PROYECTO DE VIDA

116. Tal como se observa en el “Dictamen de Invalidez ST-4” que obra en el expediente, A1, previo a la cirugía de trasplante de riñón, laboraba para la empresa denominada Home Depot, en el puesto de encargado de administración de tienda; la enfermedad renal crónica que padecía el agraviado, no le impidió desarrollar sus actividades, en el caso concreto las laborales, toda vez que, en el documento referido previamente, se hizo constar que laboró por ocho años en su centro de trabajo.

117. Posterior a la operación del diecisiete de agosto de dos mil diecinueve, las condiciones de vida de A1 y su madre Q1, cambiaron radicalmente, ello porque el agraviado requirió de asistencia continua y permanente.

118. Sobre el particular, la CoIDH, consideró que “el proyecto de vida atiende a la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas”⁸², y “se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone”⁸³.

119. Las violaciones a los derechos humanos de A1 que fueron debidamente acreditadas, alteraron de forma manifiesta su proyecto de vida; así como las expectativas de desarrollo personal, profesional y familiar.

120. Similar consideración deberá realizarse en relación a Q1, quien derivado de la situación de salud de su hijo A1, tuvo que modificar sus actividades para asistirlo de forma activa en su cuidado, lo que válidamente permite a la CDHEH, reconocerle su calidad de víctima indirecta, encontrando sustento con lo estipulado en el artículo 3 párrafo tercero de la LVEH, que dice “son víctimas indirectas los familiares o aquellas personas físicas a cargo de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella”.⁸⁴

XV. ANÁLISIS DE HECHOS QUE NO CONSTITUYEN VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS

⁸² Caso Loayza Tamayo Vs. Perú. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998, Serie C, No. 42, párr. 147

⁸³ Caso Loayza Tamayo Vs. Perú. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998, Serie C, No. 42, párr. 148

⁸⁴ Ley de Víctimas para el Estado de Hidalgo, publicada en el Periódico Oficial el 01 de septiembre de 2021, México, disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Victimas%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf

121. En relación a la atención de AI1, médico especialista en neumología, si bien es cierto, en el Dictamen Médico Institucional número 32/2022, se estableció que no informó al grupo de trasplantes las condiciones del paciente A1, toda vez que acorde a lo establecido en el punto 5.3 de la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de hemodiálisis⁸⁵, la prescripción de ésta, debería ser a cargo del médico especialista en nefrología, debe decirse que, en el expediente clínico fue asentado en la “Nota de Evolución” del diez de agosto de dos mil diecinueve, los datos observados en el paciente, por lo que al ser el expediente clínico, el medio idóneo de comunicación entre el personal médico, este Organismo considera que el actuar del profesionista ya citado fue el adecuado; máxime que el paciente no estaba a su cargo, ante la imposibilidad de asignarle un lugar en terapia intensiva, fue trasladado al área de medicina interna, por lo que el seguimiento en todo momento debió ser del equipo de trasplantes.

122. Conclusión a la que se arribó, ya que, si bien es cierto AI1, no contaba con la especialidad en nefrología, atendiendo al “juramento hipocrático”, dicho profesionista tenía el deber de proteger la vida, es decir, debía asumir una obligación de actividad, diligencia y prudencia; la cual cumplió cuando ordenó la práctica de la hemodiálisis para A1, el día once de agosto de dos mil diecinueve, encontrado sustento tal criterio en la tesis que se cita a continuación:

“ACTO MÉDICO. MEJOR DECISIÓN POSIBLE PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA. El médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia médica siendo, por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actividad se halla un elemento aleatorio. El médico no garantiza la curación del enfermo, pero sí el empleo de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso. Consecuentemente, el médico cumple con su obligación cuando desarrolla o despliega el conjunto de curas y atenciones, en la fase diagnóstica, terapéutica y recuperatoria, que son exigibles a un profesional o especialista normal. En consecuencia, el médico debe adoptar, de forma continuada, decisiones trascendentes para la vida humana. En el curso del acto médico deben efectuarse una serie de elecciones alternativas, desde el momento en que se precisa indicar las exploraciones necesarias para llegar a un diagnóstico, hasta el de prescribir una concreta terapia, y todo ello en el ámbito de la duda razonable sobre la mejor decisión posible. Por lo tanto, después de analizar de manera sistemática el acto médico, para determinar la existencia de mala práctica médica, el juzgador está llamado a cuestionar si dentro de toda la gama de posibilidades, dadas las circunstancias del caso y el estado de la ciencia médica, la decisión tomada fue la mejor posible.⁸⁶”

123. No pasa inadvertido para esta Comisión, que Q1, refirió que en la cirugía del trece de agosto de dos mil diecinueve, se registró la “falta de una gasa” y en la posterior del diecisiete del mismo mes y año, se documentó el retiro de un “injerto”, pero señalaron que se dejó una “compresa en cirugía”, razón por la cual solicitó se requiriera a los participantes rindieran su Informe de Ley, petición que fue acordada de

⁸⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de hemodiálisis, Diario Oficial de la Federación, México, ocho de julio de dos mil diez. Disponible en [NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis \(dof.gob.mx\)](https://www.dof.gob.mx/NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM-003-SSA3-2010,%20Para%20la%20pr%C3%A1ctica%20de%20la%20hemodi%C3%A1lisis)

⁸⁶ Tesis: 1a. XXV/2013, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Tomo 1, enero de 2013, p. 621, registro digital 2002441.

conformidad y se ordenó realizar la solicitud correspondiente.

124. En relación a lo anterior, este Organismo concluyó que la cirugía del día trece de agosto de dos mil diecinueve, fue realizada con la adecuada técnica quirúrgica, cubriendo los criterios establecidos en las normas oficiales mexicanas, guías de práctica clínica y bibliografía médica especializada, por lo que no se observó mala praxis.

125. Lo anterior, porque de la opinión técnica de la entonces médica de esta Institución, concluyó que la técnica quirúrgica utilizada en la cirugía del trece de agosto de dos mil diecinueve, no requería de gasas, sino de compresas, que es un material más grande, visible y difícil de perder de vista en un campo quirúrgico limitado, aunado a que tomando en consideración la bibliografía médico especializada, se define que el diagnóstico de un “textiloma o Gossypiboma”, únicamente basado en una imagen de estudio radiográfico, tomográfico o de ultrasonido puede ser muy subjetiva, ya que se puede confundir con imágenes sugestivas de lesiones, abscesos, hematomas (que A1 presentaba); reiterando que no existe imagen específica para el diagnóstico de textilomas, ya que esto dependería de su composición, tiempo de evolución y localización; aunado a que en ninguna de las intervenciones posteriores se mencionó como hallazgo algún tipo de gasa o compresa dentro de la cavidad.

126. También debe tomarse en consideración, el dictamen médico suscrito por ***** ***** ***** ***** , especialista en cirugía general, en el que mencionó que la técnica de trasplante renal es extraperitoneal a la cavidad para la realización del injerto correspondiente a una zona estrecha y limitada de retroperitoneo y no propiamente del espacio intraperitoneal, por lo que la presencia de una gasa es ampliamente visible y era importante mencionar que a la cavidad por técnica quirúrgica nunca “*ingresan*” gasas, ya que el material que se utilizó para limpiar el campo quirúrgico fueron compresas, cuenta que fue completa, por lo que fue nula la posibilidad de dejarse una gasa en cavidad.

127. Ciertamente que la quejosa, aportó diversas documentales, tales como artículos de investigación científica, recomendación de un diverso órgano protector de derechos humanos; sin embargo, las mismas no desvirtúan la conclusión a la que se arribó en los párrafos que anteceden, porque esa información no formó o surgió del expediente clínico, sino solo se aportó con el ánimo de generar orientación a esta Institución, que permitiera arribar a una determinación diversa, es decir, la existencia de una gasa o textiloma en el cuerpo del hoy agraviado, lo que como ya se dijo, no sucedió.

XVI. ANÁLISIS DE CONTEXTO

128. El análisis de contexto es una herramienta fundamental en el estudio de las violaciones graves a los derechos humanos, ya que permite una comprensión profunda y detallada de las circunstancias y factores que propician estas violaciones. A través de esta metodología, se identifican patrones sistemáticos, prácticas institucionales y dinámicas sociales que facilitan o perpetúan abusos y violencias.

129. Aunado a ello, el análisis de contexto ayuda a determinar la responsabilidad no solo de las personas directamente involucradas, sino también de las estructuras y políticas que permiten tales actos. De ahí la importancia de su integración en la presente Recomendación pues permite contextualizar los hechos en un marco histórico y/o social.

130. El análisis de contexto como herramienta fundamental en el estudio de las violaciones graves a los derechos humanos, y su aplicación es crucial para entender cómo diversas acciones u omisiones cometidas por personal de la salud en instituciones públicas y privadas y que afectan los derechos de las personas pacientes de esos servicios como pueden ser las prácticas sistemáticas de negligencia, maltrato o abuso dentro de los servicios de salud, constituyen actos de violencia (en el caso violencia hospitalaria) que en última instancia inciden en el pleno disfrute de los derechos humanos.

131. La violencia es un fenómeno multidimensional que abarca aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Este fenómeno, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Dentro de este amplio espectro de violencia, la violencia hospitalaria emerge como un problema que afecta profundamente los derechos humanos de las personas usuarias de servicios de salud públicos (pacientes, familiares o personas cuidadoras).

Complejidad del Entorno Hospitalario

132. Para entender el contexto de la violencia hospitalaria es importante dimensionar que los hospitales (como el HG) son sistemas sociales complejos y delicados, donde interactúan múltiples individuos con distintos roles, incluyendo personal profesional de la salud, pacientes, familiares y personas cuidadoras. Esta red interactiva puede inducir o modificar actitudes que pueden llevar a hechos violentos que inciden en la esfera de los derechos humanos de las personas que interactúan en estos entornos.

133. Los pacientes, como receptores de los servicios sanitarios y de salud, pueden ser objeto de diversas manifestaciones de violencia que vulneran sus derechos. Estas manifestaciones a menudo son ignoradas no sólo por los dispensadores de atención de salud, sino también por los propios pacientes, lo que agrava la situación.

134. En ese sentido la CONAMED como instancia especializada que cuenta con autonomía técnica y tiene atribuciones para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades en la prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, los cuales permiten solucionar los conflictos entre personas usuarias de servicios médicos y los prestadores de dichos servicios, tiene la encomienda de proteger los derechos de las y los pacientes, además de fomentar la mejora en la prestación de servicios médicos, contribuyendo así a un sistema de salud más justo y eficiente.

135. Al respecto y mediante un análisis comparativo de las Quejas presentadas durante los años 2021, 2022 y 2023 ante la CONAMED se advierte lo siguiente:

136. Quejas Concluidas:

2021: El total de quejas concluidas es de 1,051.

2022: Total de quejas concluidas es de 1,032.

2023: El total de quejas concluidas es de 984.

137. Distribución por edad y sexo de las personas solicitantes:

2021: Mayor participación de mujeres (59.9%) que hombres (40.1%). Grupos de edad más representativos: 35 a 39 años (9.4%), 60 a 64 años (8.8%) y 50 a 54 años (8.7%).

2022: Mayor participación de mujeres (58.5%) y una distribución de edad con una prevalencia de 11% respecto de las personas de 45 a 49 años seguida de un 10% correspondiente a personas de 50 a 54 años.

2023: Las mujeres presentaron más quejas (57%) que los hombres (43%). Grupos de edad más representativos: 65 a 79 años (16.3%) y 55 a 59 años (10.6%).

138. Análisis: Por lo que se advierte una mayor prevalencia de la mujeres en lo que respecta a la presentación de quejas durante los tres últimos años, así como la representación significativa de personas adultas mayores, sugiriendo que este grupo demográfico es más consciente o afectado por problemas médicos que requieren la atención de la CONAMED.

139. Sectores Involucrados

2021: Sector público recibió más quejas (58%) en comparación con el sector privado (42%). IMSS fue la institución con más quejas (40.1%).

2022: Sector público continuó recibiendo más quejas que el sector privado con un 57.4% en relación con un 42.6%.

2023: Sector público sigue recibiendo un mayor número de quejas (59.1%) en comparación con el sector privado (40.9%). IMSS nuevamente la institución con más quejas (39.4%).

140. Análisis: Los datos revelan que el sector público es quien recibe más quejas a lo largo de los tres años reportados, lo que podría indicar problemas estructurales y de gestión que deben ser abordados.

141. Motivos de las Quejas

2021: Diagnóstico (36.2%), seguido de el tratamiento médico (34.2%) y relación médico-paciente (14.2%).

2022: Motivos similares a 2021, tratamiento médico (34.3%), diagnóstico (33.8%) y relación médico-paciente (16.5%).

2023: Tratamiento médico (32.5%), tratamiento quirúrgico (21.2%) y diagnóstico (26.5%).

142. Análisis: Los problemas recurrentes relacionados con diagnósticos y tratamientos destacan la necesidad de fortalecer la precisión y calidad en la atención médica, así como mejorar la comunicación y el consentimiento informado entre personal de medicina y las y los pacientes.

143. Los datos de quejas concluidas por la CONAMED en los años 2021, 2022 y 2023 revelan la posible existencia de una situación sistemática de violencia hospitalaria en el sistema de salud mexicano. La alta prevalencia de quejas en el sector público, la mayor afectación a mujeres y adultos mayores, y los problemas recurrentes en diagnósticos y tratamientos indican la posibilidad de que las prácticas de violencia hospitalaria esten arraigadas en el sistema de salud.

144. Por otro lado la CDHEH ha reportado en los últimos 5 años (2019-2024) lo siguiente:

145. 2019: 113 quejas iniciadas, siendo los principales motivos de queja:

Diagnóstico Incorrecto o Erróneo

Deficiencias Administrativas

Tratamiento Médico Inadecuado
Relación Médico-Paciente Deficiente
Tratamiento Quirúrgico Inadecuado
Auxiliares de Diagnóstico

146. 2020: 79 quejas iniciadas y los motivos principales:

Diagnóstico Incorrecto o Erróneo
Deficiencias Administrativas
Tratamiento Médico Inadecuado
Maltrato por parte del Personal
Falta de Información y Consentimiento

147. 2021: 65 quejas iniciadas y los motivos principales:

Deficiencias Administrativas
Tratamiento Médico Inadecuado
Diagnóstico Incorrecto o Erróneo
Relación Médico-Paciente Deficiente
Complicaciones Quirúrgicas

148. 2022: 94 quejas iniciadas y los motivos principales:

Deficiencias Administrativas
Diagnóstico Incorrecto o Erróneo
Tratamiento Médico Inadecuado
Falta de Información y Consentimiento
Maltrato por parte del Personal

149. 2023: 34 quejas iniciadas y los motivos principales:

Deficiencias Administrativas
Tratamiento Médico Inadecuado
Diagnóstico Incorrecto o Erróneo
Relación Médico-Paciente Deficiente
Falta de Información y Consentimiento

150. 2024: 29 quejas iniciadas y los motivos principales:

Deficiencias Administrativas
Diagnóstico Incorrecto o Erróneo
Tratamiento Médico Inadecuado
Falta de Información y Consentimiento

Maltrato por parte del Personal

151. Análisis General: Los motivos de queja más recurrentes a lo largo de los años son:

Deficiencias Administrativas

Diagnóstico Incorrecto o Erróneo

Tratamiento Médico Inadecuado

Falta de Información y Consentimiento

Maltrato por parte del Personal

Relación Médico-Paciente Deficiente

Tratamiento Quirúrgico Inadecuado

152. En ese sentido, las **deficiencias administrativas** pueden ocasionar retrasos en la atención, falta de recursos y una atención médica inadecuada. Esto puede generar frustración en los pacientes y sus familias, lo que podría llevar a conflictos y situaciones de violencia. Además, la falta de recursos y personal afecta la calidad de la atención, violando el derecho a la salud de los pacientes.

153. Por otro lado, **un diagnóstico incorrecto** puede llevar a tratamientos inapropiados, empeoramiento de la condición de las o los pacientes, e incluso la muerte. Esto constituye una grave violación del derecho a la salud y a la vida.

154. En cuanto al **tratamiento inadecuado** permite el surgimiento de complicaciones adicionales, empeoramiento de la enfermedad, y sufrimiento innecesario. Este tipo de quejas refleja una falta de competencia o negligencia, violando los derechos de las y los pacientes a recibir una atención adecuada y de calidad.

155. En el caso de la **falta de información y consentimiento** constituye una violación directa de los derechos humanos y éticos en la atención médica. Esto puede resultar en procedimientos no deseados, falta de preparación del paciente para posibles complicaciones.

156. Por su parte el maltrato físico o verbal por parte del personal de salud no solo es una violación de los derechos humanos de las y los pacientes, sino que también contribuye a un entorno hostil y de violencia en los hospitales.

157. Por último la existencia de una relación Médico-Paciente deficiente conlleva a una mala comunicación, falta de comprensión de las necesidades del paciente

y un trato deshumanizado.

158. La identificación y análisis de los principales motivos de queja en los hospitales a lo largo de los años 2019 a 2024 revela problemas recurrentes en la administración, diagnóstico y tratamiento médico que afectan gravemente la calidad de la atención y los derechos humanos de los pacientes, ya que estos datos pueden reflejar una serie de fallas estructurales y operativas en el sistema de salud que se manifiestan en diversas formas de negligencia y abuso, lo que podría ser considerado como violencia hospitalaria, la cual adicionalmente a las deficiencias en la atención médica constituyen violaciones directas de varios derechos humanos fundamentales, incluyendo el derecho a la salud, la dignidad y la información.

Manifestaciones de Violencia Hospitalaria

159. Las manifestaciones de violencia hospitalaria son variadas y pueden incluir desde la mala calidad de los servicios hasta el trato injusto y abusivo. Para Chapell y Di Martino (1998) las expresiones de violencia son aquellas situaciones en las que existe una percepción de mala calidad de servicios, mala atención, no satisfacción de necesidades del cliente y la provisión de servicios que están muy lejos de las expectativas de las personas usuarias. Estos actos de violencia no solo impactan físicamente, sino que también tienen profundas implicaciones psicológicas y emocionales para las y los pacientes, afectando su dignidad y su derecho a la salud, así como el respeto a su persona.

160. Considerando lo mencionado previamente, es importante reconocer que las y los pacientes hospitalizados están en una condición de salud deteriorada, alejados de sus familias, y sin la capacidad de trabajar o cumplir con sus responsabilidades habituales. Estas circunstancias impactan negativamente diversos aspectos de sus vidas. Además, es crucial señalar que durante la atención médica, las y los pacientes pueden experimentar diferentes formas de maltrato o violencia.

161. En el caso de la violencia física podemos señalar que esta puede ejercerse durante los procedimientos, exploraciones y tratamientos, presentándose como formas bruscas e invasivas, retraso en las atenciones, no tomando medidas para evitar el dolor, privando a la persona paciente de agua o alimentos de forma continuada e incluso mediante la imposición de restricciones físicas injustificadas.

162. Por otro lado la violencia que incide en la esfera psicológica, podría considerarse: la atención inadecuada, los abusos verbales, el trato frío, atención

diferenciada por razón del sexo, raza o religión y otras características de las personas, las actitudes intimidantes, la falta de información adecuada a las personas pacientes y a sus familiares y personas cuidadoras respecto de sus afecciones, así como la falta de información sobre el tratamiento que va a recibir

Derechos Humanos y Dignidad del Paciente

163. La violencia en el entorno hospitalario representa una transgresión directa a los derechos humanos de las y los pacientes. En un contexto donde se ha dado prioridad a la tecnificación y el conocimiento teórico, es fundamental que se dé un trato humano a las personas usuarias de los servicios sanitarios y de salud, pues con ello no solo mejoraría la calidad de la atención, sino que también proporcionaría un cuidado más digno particularmente de las y los pacientes.

164. Ahora bien, dentro del ámbito de la salud, los derechos de las y los pacientes son esenciales para asegurar una atención médica de calidad, digna y respetuosa. Estos derechos han sido establecidos mediante diversos instrumentos y normativas a nivel internacional y nacional, como la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (creada en 1981 y revisada en 1996) y la Ley General de Salud de México, dentro de los cuales se puede mencionar:

Derecho a la Atención Médica de Buena Calidad

Derecho a la Libertad de Elección

Derecho a la Autodeterminación

Derecho a la Información

Derecho a la Confidencialidad de la Información

Derecho a Recibir Trato Digno y Respetuoso

Derecho a la Asistencia Religiosa

Derecho a contar con un Expediente Clínico

165. Los derechos de los pacientes son esenciales para asegurar una atención médica humanizada y de calidad. Estos derechos, establecidos tanto por la Declaración de Lisboa como por la Ley General de Salud de México, garantizan que los pacientes reciban un trato digno, respetuoso y adecuado.

Impacto Emocional y Psicológico

166. La hospitalización no solo afecta el aspecto económico y el funcionamiento

familiar de las personas pacientes, sino que también altera su autoestima y produce cambios emocionales intensos que requieren reajustes significativos. Jiménez (2000) señala que las y los pacientes hospitalizados enfrentan una serie de desafíos emocionales y psicológicos que pueden intensificarse debido a la violencia y el trato deshumanizado recibido en el hospital.

167. La violencia hospitalaria es una problemática compleja que afecta profundamente los derechos humanos de los pacientes. Abordar esta cuestión requiere un enfoque integral que considere no sólo los aspectos técnicos y teóricos de la atención de salud, sino también la humanización del trato hacia los pacientes. Es fundamental reconocer y respetar los derechos humanos de los pacientes, asegurando una atención digna y respetuosa que promueva la confianza y el bienestar emocional. Solo a través de un compromiso colectivo y una revalorización de la naturaleza humana de la atención de salud, se podrá mitigar la violencia hospitalaria y proteger los derechos fundamentales de los pacientes.

Caso concreto

168. Como se ha mencionado, la violencia hospitalaria es un fenómeno que involucra la mala praxis, negligencia, y trato deshumanizado dentro del ámbito de la salud. En este contexto, el caso que se presenta dentro del expediente CDHEH-VG-2740-19, donde se evidencian múltiples actos de violencia hospitalaria cometidos por el personal médico del HG, dan cuenta de que las acciones y omisiones del personal médico involucrado constituyen una forma de violencia que afectó gravemente los derechos humanos del paciente.

169. A1 fue sometido a un trasplante de riñón el veintinueve de julio de dos mil diecinueve en el HG. Posterior a la operación, se presentaron complicaciones que llevaron a múltiples reintervenciones quirúrgicas y, finalmente, al retiro del injerto. La madre del paciente, Q1, presentó una queja formal señalando negligencia médica y malas condiciones de atención, lo cual derivó en una investigación por parte de esta Comisión.

170. Por ello, se identificaron diversos hechos violatorios que pueden constituir violencia hospitalaria:

Negligencia Médica y Malas Condiciones de Atención: La queja presentada destaca que A1, fue trasladado a una sala en malas condiciones, no apta para un paciente post-trasplante. Además, se evidenció una atención

insuficiente y tardía en procedimientos críticos como la anestesia. Esta negligencia contribuyó significativamente al deterioro de su salud, evidenciando una violación directa al derecho a recibir atención médica integral y libre de negligencia.

Falta de Información y Comunicación: La madre del paciente reiteradamente indicó que no recibió información clara y oportuna sobre el estado de salud de su hijo y los procedimientos que se le practicaban. Este hecho vulnera el derecho del paciente y su familia a recibir información suficiente y veraz, esencial para la toma de decisiones informadas respecto al tratamiento médico.

Inadecuada Gestión del Expediente Clínico: El expediente clínico del paciente presentaba deficiencias en la documentación, lo que impide un seguimiento adecuado y transparente del caso. Esta falta de rigor en la integración y resguardo del expediente clínico es una violación al derecho a una correcta gestión de la información médica del paciente.

Falta de Medicamentos y Tratamientos Adecuados: El retraso y la falta de administración de medicamentos y tratamientos adecuados reflejan una grave deficiencia en la atención médica brindada. Estos hechos no solo agravan la condición del paciente, sino que también reflejan una violación a su derecho a recibir los tratamientos necesarios.

171. El caso de A1, documentado en el expediente CDHEH-VG-2740-19, es un claro ejemplo de violencia hospitalaria que violentó múltiples derechos humanos. Las acciones y omisiones del personal médico del HG de Pachuca de Soto no solo evidencian negligencia, sino también un trato deshumanizado que exacerbó el sufrimiento del paciente y su familia. La falta de atención médica integral, la negligencia, la desinformación, la inadecuada gestión del expediente clínico y la falta de medicamentos y tratamientos adecuados constituyen una forma de violencia hospitalaria lo que significó violaciones de los derechos humanos de A1 y su familia.

XVII. ESTUDIO DE LA RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

172. Al encontrarse debidamente acreditada las violaciones a derechos humanos de A1, este Organismo arriba a la conclusión que existe responsabilidad institucional a cargo de la **Secretaría de Salud y Dirección General de Servicios**

de Salud del Estado de Hidalgo; toda vez que, acorde a lo establecido tanto en la normatividad nacional como internacional, el Estado debe garantizar a todas las personas el acceso a servicios de salud de calidad, y en el caso particular, fue posible documentar que esto no sucedió, faltando con ello a los compromisos adquiridos por el Estado mexicano en materia de salud.

173. Por lo que, resultado de las constancias que conforman el presente, fue posible acreditar la indebida integración del expediente clínico del paciente A1, concluyendo así que es responsabilidad del Estado, la implementación de lineamientos que conlleven a garantizar que las constancias del expediente clínico de las personas usuarias del servicio de salud, sean adecuadas y congruentes para la transparencia y oportuna comunicación médica.

174. Por ello, es importante que la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo; efectúe, la creación de protocolos y lineamientos, con la finalidad de que exista certeza jurídica, de que se brindó y recibió información relacionada con la protección al derecho a la salud, teniendo como referencia la NOM-004-SSA3-2012, toda vez que en el caso en estudio fue posible documentar la existencia de un documento de persona paciente diversa al agraviado, así también que las notas de evolución y cartas de consentimiento no cumplieran con la normatividad aludida, ello debido a que la información que contenían es genérica, sin adecuarse a lo que precisa la norma y además no existió un orden en las constancias que lo integraban.

175. Encuentra apoyo lo manifestado anteriormente en el Cuadernillo de Jurisprudencia de la CIDH N° 28: Derecho a la Salud⁸⁷.

“Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171 (lo resaltado es propio).

116. La Corte analizará enseguida ciertos aspectos relativos a la prestación del servicio de salud y la regulación de la mala praxis médica.

[1] Prestación de servicios en materia de salud y responsabilidad internacional del Estado]

121. La Corte ha manifestado que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y la integridad personal. Para todo ello, se requiere de la formación de un orden normativo que respete y garantice efectivamente el ejercicio de sus derechos, y la supervisión eficaz y constante sobre la prestación de los servicios de los que dependen la vida y la integridad de las personas.”

⁸⁷ Cuadernillo de Jurisprudencia de la CIDH N° 28: Derecho a la Salud, disponible en <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo22.pdf>

176. Máxime que en la LOAPEH⁸⁸, establece como atribuciones de la Secretaría de Salud, las siguientes:

“Artículo 39.- A la Secretaría de Salud, corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

(...)

III.- Establecer lineamientos y mecanismos de planeación, programación, presupuestación y evaluación en materia de salud;

VI.- Proponer la normatividad que debe regir al Sistema Estatal de Salud, de acuerdo a la política del Ejecutivo Estatal;

(...)

XV.- Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia sanitaria;

XVI.- Proponer lineamientos para la coordinación de acciones de atención en las materias de salubridad general;”

177. En este orden de ideas, también debe decirse que Q1, exhibió impresiones fotográficas del lugar donde estuvo el agraviado posterior a la operación de trasplante; observando una mala conservación del mismo; también manifestó que el personal médico que brindó atención a su hijo A1 no cumplían con el lavado de manos, no usaban cubrebocas ni colocaban ropa estéril a la cama del paciente; reiterando en el dictamen médico institucional 32/2022, que no se podría determinar si ello incidió en su evolución clínica; sin embargo, las personas servidoras públicas en el ámbito de sus funciones deberán tomar acciones con la finalidad de brindar a los pacientes lugares dignos para su recuperación; pues se debe asegurar la calidad de los servicios otorgados; es decir, para garantizar el derecho a la salud, no basta con la existencia de hospitales o clínicas, sino que estos deben estar en buen estado, en condiciones de funcionalidad y adecuadas de higiene y las personas servidoras públicas que ahí laboren deberán cumplir las normas que para tal efecto se han generado.

178. Al respecto debe hacerse hincapié en lo establecido en el artículo 26 del Rto. LGS, que dice: “Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los **recursos físicos, tecnológicos y humanos** que señale este Reglamento y las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría⁸⁹”, en relación con la NOM-016-SSA3-2012⁹⁰, con el numeral **5.1.7** que indica que se deberá “contar con **acabados que no acumulen polvo**, que sean de **fácil limpieza y mantenimiento en los pisos, muros y plafones** en las áreas de atención médica; además de que la superficie de los pisos deberá ser antiderrapante y en las áreas húmedas, las superficies serán de materiales repelentes al agua” y el diverso **6.6.7.8** que

⁸⁸ Ley Orgánica de la Administración Pública para el Estado de Hidalgo, disponible en http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20Organica%20de%20la%20Administracion%20Publica%20para%20el%20Estado.pdf

⁸⁹ 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, visible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf

⁹⁰ Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 08 de enero de 2013, visible en [NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada \(www.gob.mx\)](http://www.sem.gob.mx/NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM-016-SSA3-2012,%20Que%20establece%20las%20caracteristicas%20m%C3%ADnimas%20de%20infraestructura%20y%20equipamiento%20de%20hospitales%20y%20consultorios%20de%20atenci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20especializada)

cita, “Cada área de hospitalización, en su caso deberá disponer como mínimo, de un cuarto para pacientes que requieran aislamiento, el cual se manejará a través de un filtro de aislamiento o control de acceso, que cuente con un lavabo, un dispensador de jabón germicida, gel (alcohol isopropílico) y toallas desechables o sistema para secado de manos, de ser el caso, deberá contar con un sistema de aire acondicionado con filtros de alta eficiencia, que permita la circulación cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora.”

179. Tal como fue documentado por Q1, el área de medicina interna, donde se localizaba la cama quinientos trece en la que estuvo A1, tenía deficiencias en sus instalaciones; de las fotografías aportadas se observó daños en la estructura, falta de aseo (basura en el piso), no tenía área de lavado (en la cual el personal médico pudiera realizar el lavado de manos), que si bien, en el dictamen se precisó que no se podría determinar si ello incidió en su evolución clínica, lo cierto es que tales circunstancias no debería ocurrir, toda vez que no se estaría garantizando a las personas usuarias un adecuado servicio de salud.

180. En relación a lo anterior, debe observarse lo estipulado en la NOM-045-SSA2-2005⁹¹, específicamente en los numerales que se citan a continuación:

“**3.1.2 Áreas de alto riesgo**, a las áreas de cuidados intensivos, unidad de trasplantes, unidades de quemados y las que defina el Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales.

3.1.12 Control de infección nosocomial, a las acciones encaminadas a limitar la ocurrencia de casos y evitar su propagación.
(...)

10.6.1 Higiene de las manos.

10.6.1.1 Todo el personal de salud al entrar en contacto con el ambiente hospitalario debe lavarse las manos con agua corriente y jabón, y secarse con toallas desechables. Se debe realizar higiene de manos antes y después de revisar a cada paciente y/o al realizar algún procedimiento.

10.6.1.2 En las unidades de cuidados intensivos, urgencias, aislados y otros que la UVEH considere de importancia, se debe utilizar jabón antiséptico líquido, agua corriente y toallas desechables. La descontaminación de las manos puede hacerse también con productos con base de alcohol etílico o isopropílico con una concentración mayor al 60% con emolientes, v.gr. glicerina a una concentración entre 2% y 3%.
(...)

10.6.3.2 Deberá realizar higiene de manos previamente cada vez que se aplique un medicamento en el sitio de inyección o tapón de goma de la línea de infusión, deberá realizarse asepsia con alcohol etílico o isopropílico al 70% dejándolo secar. En el caso de tapón de goma se utilizará una jeringa y aguja estériles para cada punción; y se utilizará jeringa estéril en caso de tratarse de dispositivos libres de uso de aguja. (...)

10.6.7.4 En el caso de contar con sistemas de inyección y extracción de aire en el establecimiento hospitalario, las áreas de aislados, sin importar su ubicación, deberán contar con ductos de extracción de aire.”

⁹¹ Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, visible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009

181. Tal como lo establecen los numerales que anteceden, resulta de vital importancia que las personas servidoras públicas, realice un correcto **lavado de manos**, previo a brindar atención a las y los pacientes, como ya se dijo de las constancia que integran el expediente clínico no se fue posible documentar si ello sucedió, pero de las fotografías que aportó la quejosa Q1, se detectó que no existía en el lugar donde se ubicaba la cama quinientos trece, un área de lavado, lo cual era necesario dado la condición de salud del paciente, toda vez que provenía de la unidad de trasplantes y su atención requería de mayor cuidado; por lo que Estado estaba obligado al cumplimiento puntual de esta normativa, es decir, proveyendo de la infraestructura necesaria, así como la vigilancia en el estricto cumplimiento de las mismas.

182. Bajo este mismo tenor, existe responsabilidad institucional en virtud que el HG de Pachuca de Soto, no implementó las acciones necesarias e idóneas para contar con el personal médico en la especialidad de Nefrología el fin de semana del diez y once de agosto de dos mil diecinueve, a pesar que como ya se asentó con antelación; es una obligación, de acuerdo a lo señalado en la Rto. LGS⁹², a fin de evitar violaciones a derechos humanos de las personas pacientes.

183. Por estas razones, esta CDHEH establece la responsabilidad institucional a cargo de la **Secretaría de Salud y Dirección General de Servicios de Salud del Estado de Hidalgo**; toda vez que, el estado de acuerdo con los derechos económicos, sociales y culturales, debe respetar, proteger y garantizar su cumplimiento, lo que implica promover, proveer y facilitar el acceso a los servicios de salud y de abstenerse de realizar acciones que limiten el derecho a la salud de las personas, además de tomar acciones positivas para asegurarse que se tenga acceso a tal beneficio y de calidad.

XVIII. ESTUDIO DE LA REPARACIÓN DEL DAÑO

184. En el Modelo Integral de Atención a Víctimas de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas⁹³, reitera lo dispuesto por el numeral 5 de la citada LGV, y en consecuencia el Estado deberá remover los obstáculos que impidan el acceso real y efectivo de las víctimas a las medidas reguladas por dicha Ley, realizando acciones encaminadas al fortalecimiento de sus derechos, contribuir a su recuperación como personas en ejercicio pleno de sus derechos y deberes, así como evaluar permanentemente el impacto de las acciones que se implementen a favor de las víctimas.

⁹² 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, visible en https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf

⁹³ Modelo Integral de Atención a Víctimas de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas; <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/127943/MIAVed..pdf>

185. El artículo 2.3 del PIDCP⁹⁴, establece la obligación del Estado de garantizar que a toda persona que se le haya violado algún derecho tenga acceso a un recurso efectivo, ante la autoridad competente, sea judicial o administrativa. Para que tal recurso exista, no basta con que esté previsto por la Constitución o la ley, o con que sea formalmente admisible, sino que se requiere que sea realmente idóneo para establecer si se ha incurrido en una violación a los derechos humanos y proveer lo necesario para remediarla.

186. De lo argumentado en la presente Recomendación, y con fundamento en los artículos 3, 118 fracción III y 119 de la LVEH⁹⁵, se reconoce a A1 la calidad de víctima directa, toda vez que se acreditó la violación a sus derechos humanos; así también se reconoce la calidad de víctima indirecta a Q1, madre de la persona antes referida.

187. En tales condiciones, la SSA acorde a lo estipulado en el numeral 114 de la LVEH⁹⁶, deberá colaborar en todo lo necesario con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de Hidalgo, para la inscripción al Registro de Víctimas del Estado de Hidalgo, ello con la finalidad de que las víctimas directa e indirecta puedan obtener los beneficios que establece la multicitada legislación.

188. Por lo que, una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos; sin embargo, este estudio no es limitativo de conformidad con lo establecido en el artículo 1 párrafo tercero de la CPEUM⁹⁷ y su similar 2 fracción I de la LVEH⁹⁸, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas necesarias para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas

Fundamento legal: artículo 107 y 114 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Hidalgo; artículo 3 fracción VII de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo, así como el quincuagésimo noveno de los Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como la elaboración de las versiones públicas.

⁹⁴ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, abierto a firma en la ciudad de Nueva York, E.U.A., el día 19 de diciembre de 1966. Disponible en: [cpr SP.pdf \(ohchr.org\)](http://www.ohchr.org)

⁹⁵ Ley de Víctimas para el Estado de Hidalgo, publicada en el Periódico Oficial el 01 de septiembre de 2021, México, disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Victimas%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf

⁹⁶ Ídem.

⁹⁷ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, México, disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

⁹⁸ Ley de Víctimas para el Estado de Hidalgo, publicada en el Periódico Oficial el 01 de septiembre de 2021, México, disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Victimas%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf

Artículo 2. La presente Ley tiene por objeto:

I. Reconocer y garantizar los derechos de las víctimas del delito y de violaciones a derechos humanos, en especial el derecho a la asistencia, protección, atención, verdad, justicia, reparación integral del daño, debida diligencia y todos los demás derechos consagrados en ella, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los Tratados Internacionales suscritos y ratificados por México, la Constitución Política del Estado de Hidalgo, y las normas que de ellos emanan; (...)

en sus derechos fundamentales, y en su caso, las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado; para lo cual, el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

189. Igualmente, la reparación del daño en el derecho mexicano, tiene su fundamento en el último párrafo del artículo 109 de la CPEUM⁹⁹ que a la letra establece:

“Artículo 109. (...)

La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.”

190. No solo en la legislación federal está reconocido el derecho de las víctimas a que se les repare el daño causado por violaciones a los derechos humanos, sino que también en el ámbito local, específicamente en la LDHEH que en su artículo 84 párrafo segundo¹⁰⁰, que dice:

“Artículo 84. (...)

En el proyecto de recomendación, se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los derechos de los afectados.”

191. En el ámbito internacional, la CoIDH ha observado un importante proceso evolutivo que ha fortalecido el régimen de protección de los derechos humanos respecto de la responsabilidad internacional de los Estados por actos internacionalmente ilícitos, desarrollada con un amplio esfuerzo por la Comisión de Derecho Internacional de Naciones Unidas, y plasmada en el memorable documento denominado *Draft Articles on Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts with Commentaries*, que ilustra cuáles son las formas en que se debe resarcir a la víctima de la violación de derechos humanos con medidas entre las que se encuentran:

- 1) Cesar el acto, si este es un acto continuado;
- 2) Ofrecer seguridades y garantías de no repetición;
- 3) Hacer una completa reparación;
- 4) Restituir a la situación anterior, si fuere posible;
- 5) Compensación de todos los daños estimables financieramente, tanto morales como materiales; y
- 6) Satisfacer los daños causados que no son estimables financieramente¹⁰¹.

⁹⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, México, disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

¹⁰⁰ Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, publicada en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo el 5 de diciembre de 2011, México. Disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/LEYES_VIGENTES/leyes_vigentes.html

¹⁰¹ Texto aprobado por la Comisión de Derecho Internacional en su quincuagésimo tercer período de sesiones, en 2001, y presentado a la Asamblea General como parte del informe de la Comisión sobre la labor de ese período de sesiones (A / 56 /10).

192. Siendo aplicable al caso, lo dispuesto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones¹⁰², ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, debe ser proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

193. La reparación del daño en materia de derechos humanos debe ser integral, de tal forma que comprenda, entre otras cosas, la indemnización del daño material y moral causado, reconociéndose que el ideal para la reparación sería el restablecimiento de las cosas al estado al que se encontraban antes de las violaciones perpetradas; sin embargo, la afectación a la integridad personal en perjuicio de la persona agraviada impide, por el daño ocasionado por la omisión, restablecer la condición que tenían antes de ocurrida la violación a sus derechos humanos, de ahí que sea necesario establecer otras formas a través de las cuales pueda reparar a las víctimas, sin dejar de observar el enfoque diferenciado y si se pertenece a un grupo de atención prioritaria para su correcta reparación, entre las que se encuentran las siguientes:

A. Medidas de Rehabilitación.

194. Estas medidas se establecen para buscar ayudar a las víctimas y a sus familiares a hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 19 fracción II de la LVEH¹⁰³, así como del numeral 21 de los Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones. **La rehabilitación incluye “la atención médica y**

http://legal.un.org/ilc/texts/instruments/english/commentaries/9_6_2001.pdf

¹⁰² Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, 60/147 Resolución aprobada por la Asamblea General el 16 de diciembre de 2005. Para consulta en: [Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones | OHCHR](#)

¹⁰³ Ley de Víctimas para el Estado de Hidalgo, publicada en el Periódico Oficial el 01 de septiembre de 2021, México, disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Victimas%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf

Artículo 19. Para los efectos de la presente Ley, la reparación integral del daño comprenderá: (...)

II. La rehabilitación: facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por el hecho victimizante; (...)

psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”¹⁰⁴.

195. Por lo anterior, en términos de lo dispuesto por el artículo 61 de la LVEH¹⁰⁵, en relación con el numeral 62 de la LGV¹⁰⁶, este Organismo, recomienda a la SSA, proporcionen a A1 y Q1, víctima directa e indirecta, atención psicológica y/o psiquiátrica y tanatológica, hasta su total sanación, la cual deberá otorgarse de forma gratuita, inmediata, en un lugar accesible y previa aceptación de las personas antes referidas, lo anterior con la finalidad de superar las afectaciones producidas con motivo de los hechos que dieron origen a este expediente.

196. Así también deberá proporcionar la atención médica y tratamientos necesarios para atender los padecimientos de A1.

B. Medidas de Compensación.

197. Se entenderán como aquellas que se otorgan para reparar el daño causado, ya sea material o inmaterial y la realización del proyecto de vida; por lo que ha de otorgarse a la víctima de forma apropiada y proporcional a la gravedad del hecho punible cometido o de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, de conformidad con los artículos 19 fracción III y 62 de la LVEH¹⁰⁷, en el que se establece lo siguiente:

“**Artículo 19.** Para los efectos de la presente Ley, la reparación integral del daño comprenderá: (...)

III. La compensación: medida que ha de otorgarse a la víctima de forma apropiada y proporcional a la gravedad del hecho victimizante y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Esta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia del hecho victimizante; (...)

“**Artículo 62.** La compensación se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia del hecho victimizante, incluyendo el error judicial, de conformidad con lo que establece esta Ley y su Reglamento. Estos perjuicios, sufrimientos y pérdidas incluirán, entre otros y como mínimo:

I. La reparación del daño sufrido en la integridad física de la víctima;

¹⁰⁴ Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, 60/147 Resolución aprobada por la Asamblea General el 16 de diciembre de 2005. Para consulta en: [Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones | OHCHR](#)

¹⁰⁵ Ley de Víctimas para el Estado de Hidalgo, publicada en el Periódico Oficial el 01 de septiembre de 2021, México, disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Victimas%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf

¹⁰⁶ Ley General de Víctimas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de enero de 2013, México, disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>

¹⁰⁷ Ley de Víctimas para el Estado de Hidalgo, publicada en el Periódico Oficial el 01 de septiembre de 2021, México, disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Victimas%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf

II. La **reparación del daño moral sufrido por la víctima o las personas con derecho a la reparación integral del daño**, entendiéndose por éste, aquellos efectos nocivos de los hechos del caso que no tienen carácter económico o patrimonial y no pueden ser tasados en términos monetarios. El daño moral comprende tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas e indirectas, como el menoscabo de valores muy significativos para las personas y toda perturbación que no sea susceptible de medición pecuniaria;

III. El resarcimiento de los perjuicios ocasionados o **lucro cesante**, incluyendo el pago de los salarios o percepciones correspondientes, cuando por lesiones se cause incapacidad para trabajar en oficio, arte o profesión;

IV. La **pérdida de oportunidades**, en particular las de educación y prestaciones sociales;

V. Los **daños patrimoniales** generados como consecuencia del hecho victimizante;

VI. El **pago de los gastos y costas judiciales del Asesor Jurídico** cuando este sea privado;

VII. El **pago de los tratamientos médicos o terapéuticos** que como consecuencia del hecho victimizante, sean necesarios para la recuperación de la salud psíquica y física de la víctima; y

VIII. Los gastos comprobables de transporte, alojamiento, comunicación o alimentación que le ocasione trasladarse al lugar del juicio o para asistir a su tratamiento, si la víctima reside en municipio o delegación distintos al del enjuiciamiento o donde recibe la atención.
(...)

198. Al respecto la CoIDH, definió al daño material como “(...) la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso(...)”¹⁰⁸, y el daño moral o inmaterial, determinó que comprende: “(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”¹⁰⁹. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso.

199. Por lo que, al acreditarse violación a derechos humanos de A1, deberá compensarse acorde a las particularidades del caso, tomando en consideración las afectaciones materiales e inmateriales de las cuales fue objeto; para tal efecto la SSA deberá colaborar con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de Hidalgo, para que se proceda a la inscripción de A1 como víctima directa, así como de Q1 en su carácter de víctima indirecta en el Registro Estatal de Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral correspondiente.

¹⁰⁸Corte IDH. Caso Masacres de El Mozote y lugares aledaños vs. El Salvador, (Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia de 25 de octubre de 2012, párrafo 382. [seriec_252_esp.pdf\(corteidh.or.cr\)](#)

¹⁰⁹Corte IDH. Caso Caesar vs. Trinidad y Tobago, (Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia del 11 de marzo de 2005, Serie C No. 123, párrafo 125. [seriec_123_esp.pdf\(corteidh.or.cr\)](#)

C. Medidas de Satisfacción.

200. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se pueden realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, la satisfacción debe incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguientes:

- a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones;
- b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad;
- c) una declaración oficial o decisión judicial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima;
- d) una disculpa pública; y
- e) la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de las violaciones.

201. Por lo que en el presente caso resulta necesario se **continúe el trámite** del procedimiento administrativo número *****, seguido en contra de AR2, AR3 y AR1, en atención al artículo 19 fracción IV de la LVEH, que dice:

“Artículo 19. Para los efectos de la presente Ley, la reparación integral del daño comprenderá:
(...)

IV. La satisfacción: reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; y (...)

D. Medidas de no repetición.

202. Las garantías de no repetición establecidas en los artículos 18 y 19 fracción V de la LVEH¹¹⁰, consisten en implementar las medidas que sean necesarias, a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y, de esta forma, contribuir a su prevención, por ello el Estado debe actuar con un enfoque transformador el cual está establecido en el numeral 5 de la LGV¹¹¹ y así adoptar todas las medidas legales, administrativas y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos humanos de las personas.

¹¹⁰ Ley de Víctimas para el Estado de Hidalgo, publicada en el Periódico Oficial el 01 de septiembre de 2021, México, disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Victimas%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf

¹¹¹ Ley General de Víctimas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de enero de 2013, México, disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>

203. Incluso la SCJN se ha pronunciado a favor de medidas necesarias para reparar integralmente a aquellos que han sufrido violaciones a sus derechos humanos, siendo la garantía de no repetición una de ellas, que ha de incluir la promoción de la observancia de los códigos de conducta y de las normas éticas, en particular las normas internacionales, por las personas funcionarias públicas, inclusive el personal de las fuerzas de seguridad, los establecimientos penitenciarios, los medios de información, el personal de servicios médicos, psicológicos, sociales y de las fuerzas armadas, además del personal de empresas comerciales.

204. Al respecto debemos tomar en consideración lo establecido en la tesis¹¹² que se cita a continuación:

“DERECHOS A UNA REPARACIÓN INTEGRAL Y A UNA JUSTA INDEMNIZACIÓN POR PARTE DEL ESTADO. SU RELACIÓN Y ALCANCE.

El artículo 113, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho de los particulares a obtener una indemnización en caso de que el Estado, a través de sus servidores públicos, cause un daño en su patrimonio, sea en el plano material o inmaterial, con motivo de su actividad administrativa irregular, mientras el párrafo tercero del artículo 10. constitucional prevé la obligación del Estado de reparar las violaciones a los derechos humanos. De acuerdo con lo anterior, quienes prueben haber sido dañados en su patrimonio con motivo de una actividad administrativa irregular del Estado, deberán acreditar que ésta constituyó una violación a un derecho o a diversos derechos humanos contenidos en la Constitución o en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, para poder ser "reparadas integralmente" y, en algunos casos, el estándar de "reparación integral" podrá alcanzarse mediante una indemnización, como lo prevé el párrafo segundo del artículo 113 constitucional, siempre y cuando no pueda restablecerse a la persona afectada a la situación en que se encontraba antes de la violación y la medida indemnizatoria o compensatoria sea suficiente para considerarla "justa". Sin embargo, si en otros casos la indemnización fuera insuficiente para alcanzar el estándar de "reparación integral", las autoridades competentes deben garantizar medidas adicionales -como lo son las de satisfacción, rehabilitación o las garantías de no repetición- que sean necesarias y suficientes para reparar integralmente a las personas por los daños materiales o inmateriales derivados de la actividad administrativa irregular del Estado que impliquen violaciones a sus derechos humanos, en términos del párrafo tercero del artículo 10. constitucional.”

205. Por lo que en aras de evitar que hechos similares al que fue motivo de estudio, se presente de nueva cuenta, la SSA deberá implementar las acciones necesarias para brindar capacitación a las personas servidoras públicas del HG de Pachuca de Soto, con especial énfasis a las autoridades recomendadas que sigan en activo laboralmente, ello con la finalidad que en el desarrollo de sus actividades puedan ofrecer servicios públicos de calidad respetuosos de los derechos humanos de las personas usuarias y paciente, en los que se tome en consideración los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, todo ello observando la normatividad nacional e internacional aplicable para el óptimo desempeño de sus actividades.

E. Restitución

¹¹² Tesis: 1a. CLXII/2014 (10a.), Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Décima Época, t. I, abril de 2014, p. 802, registro digital 2006238

206. Tiene como finalidad devolver a la víctima a la situación anterior a la comisión del delito o la violación de sus derechos humanos en su justa y real dimensión, derivado del análisis y contexto de la víctima en comento.

207. La reparación adecuada, efectiva y rápida del daño sufrido, tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas de derechos humanos. La reparación debe de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido.

XVI. APOYO INTERINSTITUCIONAL EN CUANTO AL CASO

208. Derivado de la existencia del procedimiento administrativo número ****, seguido en contra de AR2, AR3 y AR1, deberá girarse oficio a la titular de la Dirección General de Combate a la Impunidad en la Secretaría de Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Hidalgo, para que remita las constancias con las que acredite la emisión de la resolución correspondiente al citado expediente.

209. Así también, este Organismo deberá girar oficio al jefe del Despacho del Procurador General de Justicia del Estado de Hidalgo, con la finalidad de que se continúen con los trámites correspondientes para deslindar las responsabilidades penales que pudieran derivarse de los hechos narrados por Q1 en la Carpeta de Investigación número *****.

210. También deberá girarse oficio a la presidenta del Tribunal Superior de Justicia del Estado de Hidalgo, del Consejo de la Judicatura y Representante del Poder Judicial del Estado de Hidalgo, para que, en el ámbito de sus funciones, gire instrucciones para la pronta resolución del expediente número **** radicado en el Juzgado Primero Familiar.

211. Por todo lo descrito en el cuerpo de la presente resolución, habiéndose acreditado la violación a derechos humanos consistentes en:

- I. Derecho a recibir atención médica integral.**
- II. Derecho a una atención médica libre de negligencia.**
- III. Derecho a la debida integración y resguardo del expediente clínico.**
- IV. Derecho a recibir los medicamentos y tratamientos correspondientes a su padecimiento.**

- V. Derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz sobre los tratamientos médicos o quirúrgicos.**
- VI. Derecho Humano al proyecto de vida.**

Y una vez agotado el procedimiento regulado en el título tercero, capítulo IX de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, a usted titular de la Secretaría de Salud y directora general de Servicios de Salud de Hidalgo, se le:

RECOMIENDA

PRIMERO. Se implemente un programa de capacitación, verificación y seguimiento en el cumplimiento y aplicación oportuna de las normas oficiales mexicanas NOM-004-SSA3-2012 y NOM-016-SSA3-2012, para las personas servidoras públicas del Hospital General de Pachuca de Soto, con inclusión de AR2, AR3 y AR1, en caso de continuar activos laboralmente, mismo que en su justificación se deberá hacer referencia a este caso en concreto, en el entendido que es una medida implementada para la reivindicación de la verdad de la persona víctima, en el cual se considere atender a establecido en la normatividad existente para tal efecto, así como en el pleno respeto a los derechos humanos, en un término no mayor a ciento veinte días naturales a partir de la notificación de la presente Recomendación.

SEGUNDO. Colaborar con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de Hidalgo, para que se proceda a la inscripción de A1, como víctima directa, así como de Q1, en su carácter de víctima indirecta en el Registro Estatal de Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral correspondiente, que incluya la reparación integral del daño, misma que contemple, una compensación justa y suficiente tomando en cuenta la gravedad de los hechos, en términos de la Ley General de Víctimas y Ley de Víctimas del Estado de Hidalgo, y se les otorgue en su caso atención médica, rehabilitación física, terapia de lenguaje y atención psicológica, que resulten necesarias y que incluya compensación con base en las evidencias planteadas, y se envíen a esta Comisión las constancias con que se acredite su cumplimiento, en un término máximo de ciento veinte días naturales a partir de la notificación de la presente Recomendación.

TERCERO. Con la finalidad de garantizar las medidas de No Repetición de las conductas realizadas por las personas servidoras públicas involucradas, se recomienda capacitar a las personas servidoras públicas del Hospital General de Pachuca de Soto, con inclusión de AR2, AR3 y AR1, en caso de continuar activos laboralmente en dicho

nosocomio, sobre el:

1. Derecho a la protección de la salud.
2. Derecho a la información en el ámbito de la salud.
3. Derechos Humanos y Responsabilidades de las personas servidoras públicas.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de hemodiálisis.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023. Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

En los cursos referidos, deberá mencionarse a los asistentes, que éstos son impartidos en cumplimiento a la recomendación emitida dentro del presente expediente; para que en el ejercicio de sus labores garanticen la observancia plena de los derechos humanos; y dar seguimiento a esa capacitación para que se traduzca en un mejor servicio del personal del Hospital General de Pachuca de Soto, remitiendo a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento, en un término de sesenta días naturales a partir de la notificación de la presente Recomendación.

CUARTO. Girar instrucciones a fin de que el Hospital General de Pachuca de Soto, cuenten con profesionales especializados de la salud para que brinden el servicio médico las veinticuatro horas, los trescientos sesenta y cinco días del año e insumos necesarios para proporcionar el servicio respectivo con calidad y oportunidad; cumpliendo con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, remitiendo a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento en un término máximo de sesenta días naturales a partir de la notificación de esta Recomendación.

QUINTO. Instruya para garantizar el adecuado suministro de medicamentos para los pacientes del Hospital General de Pachuca de Soto; así como la verificación del óptimo funcionamiento de las instalaciones de este último, lo cual deberá realizar en un término no mayor a quince días naturales a partir de la notificación de la presente Recomendación.

SEXTO. Se designe a una persona servidora pública de alto nivel de decisión de la Secretaría de Salud de Hidalgo, en un término no mayor a diez días naturales, para dar seguimiento hasta su total cumplimiento de la presente Recomendación y, en caso de ser sustituida, deberá notificarse a la brevedad a esta Comisión.

212. Notifíquese a la quejosa y la titular de la Secretaría de Salud y directora general de Servicios de Salud de Hidalgo, conforme a lo estipulado en el artículo 91 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; de igual manera conforme a las reglas del artículo 92 del mismo ordenamiento, publíquese en el sitio web de esta Comisión.

213. De ser aceptada la presente Recomendación, deberá hacerlo de nuestro conocimiento, por escrito, en un plazo no mayor de **diez días hábiles**; en caso de no ser aceptada, se hará del conocimiento de la opinión pública.

A T E N T A M E N T E

**ANA KAREN PARRA BONILLA
P R E S I D E N T A**

BEMR/PMM/YRO