



RECOMENDACIÓN 3/2019¹

Concluida la investigación de los hechos referidos en el expediente **CODHEM/TOL/613/2018**, esta Comisión procedió al análisis de las quejas, a la valoración de los informes allegados, de las pruebas aportadas y demás evidencias reunidas con motivo de la sustanciación del procedimiento y resolvió que existen elementos que comprueban violación a derechos humanos,² sustentan lo anterior, las consideraciones siguientes:

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA

El nueve de agosto de dos mil dieciocho se inició de oficio, investigación derivada de la nota periodística publicada el día ocho de agosto del mismo año en el periódico *8 columnas*, titulada: "Denuncian negligencia. Acusan falta de oficio en instalaciones de Issemym", en la cual se dio a conocer que **V** ingresó el veinticuatro de julio de dos mil dieciocho al Centro Médico Toluca del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) "Arturo Montiel Rojas", con fiebre y dolor abdominal, y que dos días después salió sin vida. Posteriormente, el diez de septiembre de dos mil dieciocho, la madre de la víctima (**Q**) presentó escrito de queja por los mismos hechos, expresando que el veinticinco de julio del mismo año, su hijo permaneció hospitalizado y aproximadamente durante doce horas, ningún médico se presentó a revisarlo o a verificar su estado de salud, que el médico responsable (**SPR2**) de la atención del paciente no asistió a trabajar desde el veintitrés de julio. Asimismo, tuvo que pedir autorización de personal directivo del hospital, para que se programara la intervención quirúrgica de su hijo por otro médico, para el veintiséis de julio, sin que se llevase a cabo por no ser considerada urgencia, además de que no se otorgó quirófano alguno para que la víctima pudiera ser operada. Finalmente, su hijo falleció a las dos horas del veintisiete de julio y el certificado de defunción le fue entregado hasta las ocho treinta horas, sin que los servidores públicos del hospital le refirieran sobre la práctica de la necropsia.

¹ Emitida a la Directora General del ISSEMYM, el 22 de marzo de 2019, por la vulneración a los derechos a una atención médica libre de negligencia y a la accesibilidad a los servicios de salud en perjuicio de **V**. El texto íntegro del documento de Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 34 fojas.

¹ Con la finalidad de mantener en reserva los nombres de los quejosos y agraviados, en su lugar se manejarán siglas. Sin embargo, los datos se citan en anexo confidencial que se adjunta a la presente. De igual modo, se omiten aquellos datos que se consideran del dominio personal de los quejosos y agraviados, en cumplimiento a las obligaciones que imponen la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios.

² Con la finalidad de mantener en reserva los nombres de los quejosos y agraviados, en su lugar se manejarán siglas. Sin embargo, los datos se citan en anexo confidencial que se adjunta a la presente. De igual modo, se omiten aquellos datos que se consideran del dominio personal de los quejosos y agraviados, en cumplimiento a las obligaciones que imponen la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios.



PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En la integración del expediente de queja se solicitó el informe de ley al ISSEMYM, además de requerir de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (CCAMEM), una opinión médica. Se recabaron las comparecencias de la quejosa y de los servidores públicos relacionados. También, se recibieron, admitieron, desahogaron y valoraron las pruebas ofrecidas durante el trámite.

PONDERACIONES

I. PREÁMBULO

Con los derechos económicos, sociales y culturales se propugna el bienestar de las personas y la creación de condiciones de igualdad para que los seres humanos gocen de todos los derechos. Dada su naturaleza prestacional, el Estado se encuentra obligado a proporcionar servicios y bienes para su vigencia sociológica. En este tipo de prerrogativas se ubica el derecho a la salud.

Dentro del ámbito regional americano, el carácter obligacional³ del derecho a la salud se especifica al establecer que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Para hacerlo efectivo, los Estados partes de la Convención Americana sobre Derechos Humanos están comprometidos a reconocer esa salud como un bien público y a adoptar, entre varias medidas más, la atención primaria de la salud, interpretada como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos; la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todas las personas sujetas a la jurisdicción del Estado, la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole, así como la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

De manera sincrónica, la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) afirma que el derecho a la salud comprende, entre otros: un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; el derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas.

La Organización Mundial de la Salud ha evidenciado que la salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones sociales y culturales, y en sinergia con ellas, es

³ Cfr. artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".



componente fundamental de bienestar social.⁴ Si en la vida de las personas y las naciones no hay salud, las posibilidades de alcanzar un desarrollo integral son escasas.⁵

La Declaración Universal de Derechos Humanos contempla a la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado. Asimismo, el derecho a la salud fue consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Dada su relevancia, todos los países han ratificado por lo menos un tratado relacionado con el derecho a la salud, adquiriendo el compromiso de protegerlo al tomar parte en el derecho internacional de los derechos humanos.

A todo ser humano corresponde la facultad de que se le garanticen las condiciones necesarias para conseguir su bienestar físico, mental y social, mediante bienes y servicios de calidad que le aseguren el más alto nivel posible de salud.⁶ Lo anterior ha sido reconocido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, como uno de los elementos que integran el derecho a la salud: calidad es la exigencia de que los servicios sean apropiados médica y científicamente.⁷

La persona tiene la prerrogativa de exigir al Estado un sistema que preserve su salud y que, de ser necesario, contribuya al restablecimiento de la misma, por tanto, en el ejercicio de su actividad, los servidores públicos de la salud tienen en sus manos garantizar la eficacia del derecho a la salud.

El derecho a la salud o a la protección de la salud, dada su naturaleza de atributo inclusivo, es un bien vital que implica una gama de libertades y derechos, comprende un conjunto de factores que dan lugar a una vida sana, entre los que se hallan: agua potable y condiciones sanitarias adecuadas; alimentos aptos para el consumo; nutrición y vivienda apropiadas; condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres; educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud; además de igualdad de género.⁸

Asimismo, el derecho en cuestión incluye algunas libertades, tales como el derecho a dar consentimiento para recibir tratamiento médico, así como a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.⁹

⁴ OMS. *Documentos básicos, suplemento de la 45 edición, octubre de 2006*, tomado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf (consultado el 7 de enero de 2019).

⁵ Cfr. Moctezuma Barragán, Gonzalo, "Derecho a la protección de la salud y derechos humanos" en *CONAMED. Revista CONAMED*, Vol. 10, núm. 1, enero-marzo de 2005, pp. 11-15.

⁶ Cfr. Delgado Carbajal, Baruch. y Bernal Ballesteros María José (coords.). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, segunda edición, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2016, p. 217.

⁷ Cfr. SCJN. "DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD." Primera Sala, abril de 2009. *Semanario Judicial de la Federación*, registro 167530.

⁸ Cfr. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos-Organización Mundial de la Salud. *El derecho a la salud*, folleto informativo N° 31, Ginebra, ONU, 2008, p. 3 y ss.

⁹ Ídem.



De la misma forma, nuestro derecho a la salud comprende varios derechos más, como en los casos de las prerrogativas a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; a la prevención, el tratamiento de las enfermedades y la lucha contra ellas; el acceso a medicamentos esenciales; el acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; de la misma forma que la salud materna, infantil y reproductiva.¹⁰

Por otra parte, resulta pertinente facilitar servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación. Además, todos esos servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad.¹¹

En términos de *disponibilidad*, el Estado se encuentra obligado a ofrecer establecimientos, bienes, servicios públicos, centros de atención y programas de salud en cantidad suficiente. La *accesibilidad* se refiere al alcance físico y económico de los establecimientos, bienes y servicios de salud para todos. La *aceptabilidad* se sustenta en la ética médica que fundamenta los servicios de salud, debiendo ser culturalmente apropiados, sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida para el respeto de la confidencialidad y lograr la mejora del estado de salud de las personas. Por último, la *calidad* apunta a que desde la perspectiva médica y científica se debe tener personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario en buen estado, además de garantizar condiciones sanitarias adecuadas.¹²

Los Estados se encuentran comprometidos a proteger y promover el derecho a la salud, en tanto derecho fundamental, de conformidad con las exigencias definidas en el derecho internacional de los derechos humanos y el derecho consuetudinario a ese plano, en virtud de las obligaciones contraídas a raíz de las firmas y ratificaciones de instrumentos internacionales por ellos realizadas.

Al respecto, las obligaciones estatales se dividen en tres categorías, *de respetar*, *de proteger* y *de realizar*. La obligación de respetar alude a la abstención del Estado para interferir directa o indirectamente en el derecho a la salud, mientras la exigencia de proteger refiere la tutela para evitar obstáculos o afectaciones en el goce del derecho, en tanto que el deber de realizar implica la adopción de toda índole de medidas (legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, de promoción, entre otras) para la materialización cabal del derecho a la salud.¹³

¹⁰ Ídem.

¹¹ Ídem.

¹² Cfr. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ONU. Observación General número 14.

¹³ Cfr. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos-Organización Mundial de la Salud. Op. cit., nota 22.



Por su parte, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo primero párrafo tercero, la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de acuerdo con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, por lo que el Estado debe prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos del marco legal. Además, el mismo numeral de la Carta Magna, en su párrafo quinto, prohíbe toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

A continuación se lleva a cabo un análisis lógico-jurídico de las evidencias que obran en el expediente de queja, en contraste con los derechos humanos siguientes:

II. DERECHO A UNA ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE NEGLIGENCIA

DERECHO DE TODO SER HUMANO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA LIBRE DE DESCUIDOS U OMISIONES QUE PONGAN EN PELIGRO LA SALUD O LA VIDA.¹⁴

La negligencia, nos dice la Real Academia Española de la Lengua, es el descuido, la falta de cuidado, la falta de aplicación.¹⁵ De modo que la negligencia médica ocurre cuando un profesional de la salud, al proporcionar sus servicios, comete descuido, falta de precaución, de atenciones calificadas como necesarias en la actividad profesional médica, es decir, se incurre en defectos al realizar el acto o en omisiones, cuando a pesar del conocimiento de lo que se debe hacer, no se aplica, provocándose un daño.¹⁶

La negligencia médica es una violación a las normas de atención aplicables a los pacientes cuando el prestador de servicios de salud incurre en defectos, descuidos u omisiones en cuanto a precauciones y acciones necesarias en su actividad profesional.

Los profesionales de la salud se encuentran obligados a brindar los cuidados necesarios de conformidad con la *lex artis*,¹⁷ la deontología médica y el derecho sanitario, a efecto de conseguir los fines deseados, sin la garantía de la curación del paciente.¹⁸

¹⁴ Cfr. Delgado Carbajal, Baruch. y Bernal Ballesteros María José (coords.). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, segunda edición, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2016, p. 221.

¹⁵ Cfr. RAE. Diccionario de la Lengua Española, voz: negligencia, disponible en: <https://dle.rae.es/?id=QMABIOd> consultado el seis de marzo de 2019).

¹⁶ Cfr. Choy, GSA. Responsabilidad en el ejercicio de la medicina, Puebla, OGS, 2002, p. 52.

¹⁷ Es el conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un enfermo y que han sido universalmente aceptados por sus pares. SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (SCJN) Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tesis: I.4o.A.91 A (10a.) Décima Época, Tesis Aislada (Administrativa), Tribunales Colegiados de Circuito. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3, p. 1891.

¹⁸ Cfr. Tena Tamayo, Carlos, "Medicina asertiva. La comunicación humana y el derecho sanitario" en Octavo Simposio Internacional CONAMED, 2003.



El deber de los profesionales de la salud es de medios, no de resultados. Para el prestador de atención médica es imperativo, inexcusable, ofrecer los conocimientos de la ciencia y de su pericia al paciente, actuando con prudencia, diligentemente, sin que se le pueda responsabilizar por resultados adversos, siempre y cuando no incurra en abandono o descuido del enfermo o no aplique los tratamientos adecuados a pesar de saber que eran los indicados.¹⁹

El expediente clínico documenta los servicios médicos proporcionados a los pacientes, es en dicho instrumento donde se observan, evidencian y demuestran, tanto las intervenciones diligentes, como las acciones y omisiones en que incurren los profesionales de la salud.

Con sustento en el conjunto de evidencias reunidas en el expediente del asunto, se pudo establecer que el veinticuatro de julio de dos mil dieciocho, **V** acudió al área de urgencias del Centro Médico Toluca del ISSEMYM, debido a dolor abdominal y evacuaciones diarreicas. A las dieciséis horas con cincuenta y seis minutos, el paciente (**V**) fue atendido por **SP3**, a quien **V** comentó que dos días antes había recibido atención médica en la Cruz Roja con diagnóstico de colitis.

Es necesario acotar que de acuerdo con el dictamen técnico-médico institucional de la CCAMEM, el tratamiento prescrito en la Cruz Roja no era el indicado para lo que en la propia institución fue diagnosticado, "con el riesgo de enmascarar un cuadro de abdomen agudo". **SP3** lo encontró con fiebre (37.8 grados centígrados) y taquicardia, ordenando su ingreso a observación. Posteriormente, **V** fue trasladado al área de hospitalización de Cirugía General. Durante su estancia en el hospital y después de que **V** hubiera recibido atención de varios médicos; al reverso de una hoja de indicaciones médicas suscrita por **SP4**, con hora de las diez de la mañana con quince minutos del veinticinco de julio dos mil dieciocho, **SPR1** hizo cambios en el tratamiento establecido por **SP4**, lo cual fue considerado por la CCAMEM como riesgoso, "ante la posibilidad de coadyuvar en el ocultamiento de un cuadro abdominal agudo". **SPR1** ordenó cambio de antibiótico con ayuno a partir de las veintidós horas, preparando tentativamente al paciente para pasarlo a quirófano al día siguiente o durante el turno nocturno del veinticinco de julio de dos mil dieciocho. Es importante señalar que, de acuerdo con lo expresado por **Q** en su escrito de queja, **SPR1** valoró a **V** después de las quince treinta horas, por lo que la hora especificada al reverso de la hoja de indicaciones médicas, no es coincidente con la cronología de los hechos indicada por **Q**.²⁰

¹⁹ Ídem.

²⁰ Situación que se evidencia en el dictamen de la CCAMEM.



Una situación semejante se aprecia en la nota médica de las doce horas con cuarenta y cinco minutos del veinticinco de julio de dos mil dieciocho, también firmada por **SPR1** en la cual se asentó que **V** presentaba datos compatibles con un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica secundario a un proceso infeccioso abdominal, "con altas posibilidades de tratamiento quirúrgico", quedando el paciente en observación y programándolo para intervención quirúrgica al día siguiente, a las diez de la mañana.

La programación quirúrgica a las diez horas del veintiséis de julio de dos mil dieciocho también resulta contradictoria con lo mencionado por **SP2**, coordinador quirúrgico del Centro Médico Toluca del ISSEMMYM, en el oficio que signó, donde informó que fue hasta el veintiséis de julio de dos mil dieciocho, cuando se solicitó quirófano para la intervención quirúrgica.

Asimismo, cabe precisar que, desde el ingreso de **V** a hospitalización, al área de cirugía general, de las cuatro horas con cincuenta y seis minutos hasta las veinte horas del veinticinco de julio de dos mil dieciocho, la víctima no fue valorada por médico especialista en cirugía general alguno, ni por residente de esa especialidad, pues no hay evidencia documental en el expediente respecto de su seguimiento y vigilancia durante ese tiempo, lo cual constituye una omisión.

Por otra parte, de conformidad con la valoración efectuada por la CCAMEM, el criterio quirúrgico de **SPR1** debió haber sido "intervencionista" frente a la evidencia de una lesión hepática "establecida en rangos de líquido y hemorragia, que ante la ambigüedad, entre el reporte del ultrasonido y la tomografía, estaba obligado a ordenar un tercer estudio de mayor resolución que permitiera llegar con precisión al diagnóstico, en el que además, ya existían elementos suficientes para considerar el manejo quirúrgico del paciente con fines diagnósticos y terapéuticos; no siendo únicamente un planteamiento, sino una necesidad, derivando en retraso en la atención quirúrgica, habiendo transcurrido veinte horas desde su ingreso al nosocomio, poniendo en riesgo la vida del paciente [...]".

A las catorce horas con cuarenta y cinco minutos del veintiséis de julio de dos mil dieciocho, **SPR1** observó a **V** con deterioro de sus condiciones generales, dolor abdominal, dificultad respiratoria, fiebre, taquicardia, entre otros, concluyendo en la consideración de la gravedad del paciente, ante la sospecha de abdomen agudo. **SPR1** solicitó el envío urgente al Hospital Regional Toluca de la misma institución, elaboró hoja de referencia con el diagnóstico, expresando que los familiares no aceptaron el envío, con el argumento de entorpecimiento por retraso en el diagnóstico y terapéutica.



Es importante subrayar que a pesar de lo anotado por **SPR1** en la nota médica que contiene lo antes expuesto, no existe evidencia documental en el expediente, en la cual se haya asentado la negativa del paciente y de sus familiares para el traslado.

A las quince horas del veintiséis de julio de dos mil dieciocho, **SPR1** solicitó nuevamente sala quirúrgica obteniendo una respuesta negativa. A las dieciséis horas con cuarenta y cinco minutos del mismo veintiséis de julio de dos mil dieciocho, **SPR1** pidió otra vez quirófano para intervenir a **V**, recibiendo la misma respuesta que en sus gestiones anteriores. Para entonces habían transcurrido cerca de cuarenta y ocho horas desde la admisión en urgencias de la víctima.

Con base en la valoración técnica médica de la CCAMEM **SPR1** omitió realizar los ajustes en el manejo médico y solicitar valoración por especialistas de Medicina Interna, dada la alteración en los signos vitales de **V**.

El veintiséis de julio de dos mil dieciocho, a las veinte horas con cincuenta minutos, **SPR2** valoró a **V**, describiéndolo con fiebre y dolor en hipocondrio derecho. **SPR2** asentó signos vitales normales, lo cual no concuerda con los registros de enfermería, que como asevera la CCAMEM, son acordes con el estado clínico del paciente. **SPR2** concluyó que dados los datos de respuesta inflamatoria sistémica por una infección abdominal a nivel hepático, era necesario intervenirlos quirúrgicamente, por lo que solicitó sala quirúrgica sin espacio disponible, asentando además que informó de ello a los familiares, no obstante, no existe evidencia documental alguna de que **SPR2** haya considerado alternativas, como pudo haber sido, efectuar el trámite para trasladarlo con urgencia a otro hospital para su oportuna atención, omitiendo también solicitar valoración del paciente por parte de especialistas en Medicina interna y terapia intensiva, dado el evidente descontrol hemodinámico y la respuesta inflamatoria. En ese momento habían transcurrido más de cuarenta y ocho horas desde la llegada de **V** al hospital.

Es importante hacer mención de que después de las veinte horas con cincuenta minutos del veintiséis de julio de dos mil dieciocho, no existe evidencia documental del estado clínico y medidas terapéuticas de los médicos responsables del cuidado y vigilancia del paciente, tan sólo existen registros en la hoja de enfermería, donde se pueden observar las alteraciones en sus signos vitales.

A las cero horas con treinta y ocho minutos del veintisiete de julio de dos mil dieciocho, médicos especialistas en Medicina interna, por medio de interconsulta, encontraron a **V** en condiciones de suma gravedad, presentando paro cardíaco, con respuesta favorable a maniobras de reanimación, pero con un segundo evento minutos después. Se declaró el fallecimiento de la víctima a las dos horas con seis minutos del veintisiete de julio de dos mil dieciocho.



La CCAMEM señala que analizando las causas de fallecimiento especificadas en el certificado de defunción:

Se aprecia que las alteraciones orgánico-funcionales atribuibles a la muerte no tienen una causa etiológica determinada, es decir, no fueron manejadas bajo una línea de diagnóstico precisa (acidosis respiratoria: 3 horas, síndrome de dificultad respiratoria: 12 horas, choque mixto: 15 horas, tromboembolia pulmonar: 15 horas) lapsos en el que no se tomaron las medidas terapéuticas necesarias encaminadas a su adecuado manejo y prevención.

De manera que por lo antes expuesto, incurrieron en mala práctica médica los especialistas en cirugía general, **SPR1** y **SPR2** por no apegarse a los protocolos diagnóstico terapéuticos en el manejo de la sepsis, observándose además, un retardo evidente en la toma de decisiones para la intervención quirúrgica de la víctima (**V**), que como afirma la CCAMEM, condicionó "un deterioro paulatino e irreversible en el estado clínico del paciente, estableciendo como causas en el certificado de defunción alteraciones orgánicas y funcionales que en notas, no se documentó hayan sido atendidas en los lapsos señalados desde su aparición culminando con su muerte".

La suma de acciones y omisiones de los servidores públicos **SPR1** y **SPR2** de ninguna manera fue diligente e integral, por el contrario, se alejó de parámetros de calidad en función del debido cuidado que las instituciones de salud deben proporcionar a las personas con base en los medios de que disponen. Medios dentro de los cuales los recursos humanos son un elemento total para la adecuada prestación de los servicios, y que inciden directamente en la materialización de los derechos humanos.

Con sustento en la evidencia objetiva reunida durante la tramitación del expediente del asunto, se corroboró sin duda que **SPR1** y **SPR2** incurrieron en negligencia médica en perjuicio de **V**, ya que como profesionales de la salud incumplieron el deber que tienen de recurrir a todos los medios y recursos a su alcance para proporcionar una atención adecuada a las víctimas y con ello hacer realidad su derecho a la salud.

Dada la complementariedad, interdependencia, interrelación e indivisibilidad de los derechos humanos, la vulneración del derecho a una atención médica libre de negligencia, devino en la violación del derecho a la vida de **V**.

La vida humana es, dice el ministro Salvador Aguirre, el derecho por excelencia, "el derecho preeminente sin el cual no tienen cabida los demás derechos fundamentales; constituye el presupuesto lógico de éstos".²¹

En ese sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha reconocido que nuestra Carta Magna "protege el derecho a la vida de todos los individuos, pues lo contempla

²¹ Cfr. Montoya Rivero, Víctor Manuel, "El derecho a la vida en la Constitución mexicana. Un proyecto luminoso de resolución" en *Revista Iberoamericana de Derecho Procesal Constitucional*, México, Número 11, enero-junio de 2009, pp. 247-262.



como un derecho fundamental, sin el cual no cabe la existencia ni disfrute de los demás derechos".²²

Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos sostiene la fundamentalidad del derecho a la vida en términos de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, por cuanto de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. En razón de ello, los Estados tienen la obligación de garantizar las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio, y en particular, el deber de impedir que los servidores públicos atenten contra él.²³

Por lo tanto, **SPR1** y **SPR2** infringieron también, el derecho a la vida consagrado en el artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el derecho a la integridad personal reconocido en el artículo 5 de la propia Convención Americana; el derecho a un nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar, en especial la asistencia médica, contemplados en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; el derecho a la preservación de la salud y al bienestar, consagrado en el numeral XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; el derecho a la atención médica de buena calidad, establecido en el principio 1 de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente; el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental tutelado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y el propio derecho a la salud consagrado en el precepto 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".

III. DERECHO A LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

DERECHO DE TODO SER HUMANO A ACCEDER A LOS ESTABLECIMIENTOS, BIENES Y SERVICIOS DE SALUD, SIN EXCLUSIÓN Y EN CONDICIONES DE IGUALDAD.²⁴

En el contexto de los servicios médicos, este derecho se refiere a la acción de *aproximarse, obtener* o *llegar* a servicios sanitarios que deben estar disponibles, sin impedimentos para su prestación, ser oportunos en cuanto a tiempo y espacio, además de ser de calidad.²⁵

²² Ídem.

²³ Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, párr. 144. Cfr. también: Caso Zambrano Vélez y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2007. Serie C No. 166, párr. 78, y Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. Vs. Paraguay, supra nota 21, párrs. 186 y 187.

²⁴ Cfr. Delgado Carbajal, Baruch. y Bernal Ballesteros María José (coords.). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*, segunda edición, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2016, p. 223.

²⁵ Cfr. Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez JP y García Saisó, S. "Acceso efectivo a los servicios de salud" en *Salud pública de México*, vol. 57, N° 2, marzo-abril de 2015, p. 180 y ss.



El Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América define el acceso en salud como el grado en que las personas en lo individual y colectivo, tienen la *capacidad* de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica. En la perspectiva de dicha institución, la efectividad es un elemento importante para el acceso a los servicios de salud, esto es, todos los recursos se conjugan para generar resultados medibles y observables en términos del estado de salud, lo que implica la satisfacción de los usuarios pero también de los prestadores del servicio. Al respecto es importante tomar en cuenta que las acciones relacionadas con el acceso a los servicios sanitarios tienen repercusiones que trascienden el propio sector salud.²⁶

La accesibilidad es, junto con la calidad y la equidad, elemento imprescindible para la cobertura universal de los servicios de salud, estableciéndose entre esos aspectos una estrecha relación que determina el resultado de la prestación de los servicios en un contexto en el cual se dé a cada quien lo que le corresponde, pues la calidad sin acceso es un absurdo, mientras que el acceso sin calidad configura una falta de ética.²⁷

Desde el punto de vista de la utilización de los servicios, a la adecuada prestación se suman la accesibilidad física y la aceptabilidad de los mismos; así como la pertinencia y efectividad de los servicios para que las personas obtengan resultados satisfactorios.²⁸

De acuerdo con la doctrina, el acceso a los servicios de salud debe ser contemplado al menos desde cuatro dimensiones, a saber: *disponibilidad* de médicos, camas de hospital, equipamiento, **quirófanos**, etc.; *capacidad* de los servicios para ser empleados, a efecto de brindar atención médica equitativa; la *existencia* o no de **barreras (personales, económicas, organizacionales, además de sociales y culturales)** para el uso de los servicios y en cuanto a los resultados en materia de salud (lo cual implica un acceso óptimo a tales prestaciones).²⁹

De conformidad con las evidencias reunidas en el presente asunto, tal como se ha referido previamente, **SPR1** solicitó en tres ocasiones, sala quirúrgica para intervenir a **V**, sin que en ninguna de ellas haya recibido respuesta positiva, además de que **SPR2** lo hizo una vez, con idéntico resultado, lo que a la larga también incidió, junto con otros factores, en la pérdida de la vida de una persona.

Para este Organismo es de la mayor preocupación que en las instituciones de salud del Estado de México, en este caso del ISSEMYM, se carezca de criterios para priorizar la atención de los pacientes de urgencias, donde, tal como afirma la CCAMEM, estaba plenamente justificada su intervención quirúrgica, sobre todo cuando de acuerdo con las

²⁶ Ídem.

²⁷ Ídem.

²⁸ Ídem.

²⁹ Ídem.



documentales de programación quirúrgica que forman parte del expediente del caso, "no presentaban urgencias absolutas", situación que sólo puede atribuirse a la ineficiencia y desorganización del personal directivo del Centro Médico Toluca del ISSEMYM.

Así, al transgredirse el derecho a la accesibilidad a los servicios de salud de **V**, también se violentaron los numerales 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 12.1 y 12.2, inciso d del pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.2, inciso b del protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".

De igual manera, se contravinieron los artículos: 4° párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2° fracciones V y VI, 23, 26 y 53 de la Ley General de Salud.

En consecuencia, se formularon las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Con el propósito de reparar la afectación que sufrió **Q**, en su calidad de víctima de violaciones a derechos humanos, previo consentimiento, deberá documentar las gestiones a efecto de proporcionar a la víctima la **atención médica, psicológica o tanatológica que corresponda en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, conforme lo establece la **medida de rehabilitación** estipulada en el punto **IV** apartado **A numeral 1** de la sección de ponderaciones de la Recomendación, siendo responsabilidad de la autoridad recomendada garantizar los servicios descritos a la víctima, procurando su máxima protección, trato digno y no revictimización.

SEGUNDA. Como **medida de compensación** contemplada en el punto **IV** apartado **B numeral 1** de la resolución, el ISSEMYM, **en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación de la Recomendación, deberá remitir evidencia respecto de la inscripción de **Q** en el Registro Estatal de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México, a fin de que tenga acceso a los derechos y garantías establecidas para las víctimas, así como al Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida ley de la materia. Respecto de la compensación a favor de **Q**, la misma deberá ser cubierta considerando lo descrito en el apartado **B.1**. La autoridad recomendada es la responsable de que la medida descrita se materialice a la brevedad.

TERCERA. Como **medida de satisfacción** señalada en el punto **IV** apartado **C numeral 1**, de la sección de ponderaciones de la Recomendación, en aras de la correcta aplicación de sanciones a los responsables de violaciones a derechos fundamentales, el Instituto de



Seguridad Social del Estado de México y Municipios deberá **en un lapso que no exceda de quince días** contados a partir de la aceptación de la Recomendación:

- a) Remitir por escrito al Fiscal General de Justicia del Estado de México, la copia certificada de la Recomendación, para que se agregue a las actuaciones que integran la investigación penal formada con motivo del caso. El escrito de la autoridad involucrada debe precisar a la institución autónoma penal que se investigue la probable responsabilidad penal en que pudieron incurrir los servidores públicos: **SPR1** y **SPR2**, así como su compromiso de coadyuvar con la debida integración de la indagatoria.
- b) Remitir copia certificada de la Recomendación al Órgano Interno de Control del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, a efecto de que pueda tomar en consideración sus elementos dentro de la investigación desarrollada en el expediente respectivo.

CUARTA. También como **medida de satisfacción**, de conformidad con el punto **IV** apartado **C**, número **2**, **en un lapso que no exceda de quince días**, contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, se debe entregar una *disculpa institucional* por escrito, en la que se incluirá el reconocimiento de los hechos y la aceptación de responsabilidades por los actos documentados, la cual será formalizada por el Director del Centro Médico Toluca, en forma escrita y entregada personalmente en reunión con **Q**, acto en el que además deberá gestionarse la presencia de un representante de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.

QUINTA. Como **medidas de no repetición**, según lo estipulado en el punto **IV** apartado **D** número **1**, **en un lapso que no exceda de treinta días**, contados a partir de la aceptación del documento de Recomendación, **esa autoridad deberá generar un mecanismo que permita priorizar la atención quirúrgica de pacientes de urgencias** en el Centro Médico Toluca del ISSEMYM. Lo cual dicha autoridad deberá documentar debidamente.

Por su parte, acorde a lo establecido en el punto **IV** apartado **D** número **2**, del documento de Recomendación, **en un lapso que no exceda de treinta días**, contados a partir de la aceptación de la Pública de mérito, la autoridad responsable deberá implementar en el Centro Médico Toluca, las circulares para instruir al personal de la salud sobre la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Absceso Hepático Amebiano no complicado. México: Secretaría de Salud, 2014, así como sobre la Guía de Práctica Clínica Laparotomía y/o Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo no Traumático en el Adulto. México: Secretaría de Salud, 2010.

SEXTA. Igualmente, como **medida de no repetición**, expuesta en el punto **IV** apartado **D** numeral **3**, con enfoque de prevención y para que el personal médico pueda conducir su



actuar privilegiando el respeto por los derechos humanos, más aún cuando se trate de brindar atención médica de urgencia, el ISSEMYM como autoridad responsable, deberá proporcionar a este Organismo, **en un lapso que no exceda de treinta días** contados a partir de la aceptación de la Pública de mérito, el programa de cursos o talleres de capacitación en el que señale: a la institución o dependencia que dictará las sesiones de capacitación, el número de sesiones y las fechas en que se llevarán a cabo, el personal al que irá dirigido de los servicios de Urgencias del Centro Médico Toluca, así como el temario referente al marco normativo relacionado con los hechos motivo de Recomendación. **Para lo cual, la autoridad recomendada debe constatar que la capacitación se realice en los términos que determine el programa respectivo y se ajuste a las temáticas que se refieren en el punto IV apartado D numeral 3 de la Recomendación.**

