



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

**RECOMENDACIÓN NÚMERO: 16/2020.
EXPEDIENTE: 1419/2020.**

**PETICIONARIOS: Víctimas Indirectas Q1 y Q2 padres de V1
(persona que vivía con VIH).**

Heroica Puebla de Zaragoza a 29 de septiembre de 2020.

**C. JOSÉ ANTONIO MARTÍNEZ GARCÍA
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL GOBIERNO DEL
ESTADO DE PUEBLA
PRESENTE**

Distinguido secretario:

1. La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, es un organismo autónomo, en términos de lo dispuesto por los artículos 1 y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 142 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla; 1, 2, 13 fracciones II, IV, VI, IX, XI, XIV y XV, 15 fracciones I y VIII, 41, 42, 44, 46, 51 y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, así como el artículo 111 y 113 de su Reglamento Interno, se ha realizado una valoración de la queja iniciada con la nota periodística titulada: *“Familia de [V1], un joven de Huehuetla, teme que haya muerto por COVID19; en el Hospital de San Andrés aún no confirman causa de muerte”*, posteriormente ratificada por Q1 en favor de V1.

2. Este Organismo autónomo ha examinado las evidencias del expediente 1419/2020, por el caso de V1, persona que vivía con VIH, que fue internada en el HGCH, y posteriormente trasladado al HGVEN donde murió. El personal médico y hospitalario además de la dilación en ingresarlo de un hospital a otro no dio aviso a sus familiares del traslado y fallecimiento, por lo que existieron violaciones a sus derechos humanos a la protección de la Salud y a la Vida por parte de diversos servidores públicos de la Secretaría



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

de Salud del Estado de Puebla de los hospitales HGCH y HGVEN, relacionados con la violación a los Derechos Humanos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1.

3. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 20, apartado C, fracción V, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 120, 134 fracción I y 136, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla; así como el acuerdo del Comité de Información de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, tomado en sesión número 01/2011, del 20 de septiembre de 2011. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

4. En la presente Recomendación se hace referencia a diversas instituciones, dependencias, cargos de servidores públicos, documentos y normatividad, por lo que a continuación se presentan los acrónimos y abreviaturas utilizados, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición:

Nombre de la institución, cargos, normatividad y denominaciones	Acrónimo o abreviatura
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla	CPELSP
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud	RLGS
Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla	LCDHP
Ley Estatal de Salud para el Estado de Puebla	LESEP
Consejo de Salubridad General	CSG
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla	CDHP
Comisión de Atención a Víctimas del Estado de Puebla	CAVEP
Secretaría de Salud y Servicios de Salud del Estado de Puebla	SSEP
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla	ISSSTEP
Fiscalía General del Estado de Puebla	FGE
Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en SIDA y Servicios de Atención Integral Hospitalaria	CAPASITS
Hospital General de Cholula	HGCH
Hospital General Eduardo Vázquez Navarro (Del Sur)	HGEVN
Virus de Inmunodeficiencia Humana	VIH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	Corte IDH
Organización Mundial de la Salud	OMS
Declaración Universal de los Derechos Humanos	DUDH
Organización Panamericana de la Salud	OPS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

5. Para mejor comprensión del documento, la identificación de todas las personas involucradas en los hechos, de las que se tuvo conocimiento durante la investigación, se hace con claves, que se agruparon de acuerdo a su calidad: quejoso o quejosa, víctimas, autoridades responsables y personas servidoras públicas. Las claves que se utilizan son las siguientes:

Quejoso	Q
Víctima	V
Autoridad Responsable	AR
Servidor Público	SP



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

I. HECHOS.

Nota Periodística

6. El 10 de abril de 2020, se inició de oficio la queja con motivo de la nota periodística titulada *“Familia de [V1], un joven de Huehuetla, teme que haya muerto por COVID19; en el Hospital de San Andrés, aún no confirman causa de muerte”*, asignándole el número de expediente 1419/2020.

6.1. De la nota periodística se desprende que V1: *“(…) un joven originario de Huehuetla, en la sierra norte de Puebla, fue trasladado del Hospital de Ixtepec al nosocomio de San Andrés Cholula en donde murió; aunque al joven no le realizaron la prueba para confirmar que falleció por Coronavirus, a la familia le advirtieron que será cremado. [Q2], madre de [V1] reclamó que desde el lunes 6 de abril hospitalizó a su hijo en el hospital de Ixtepec, Puebla pero lo dio de alta voluntaria para enviarlo a la capital de Puebla, sin embargo a su familia jamás se le informó a dónde fue enviado y lo localizaron después de buscarlo en el [HGEVN y HGCH], Llegamos al Hospital del Sur... Y no sabíamos. Allá estaba mi esposo esperando y no nos avisan. Y me lo mandan a San Andrés Cholula y mure ahí (...) La madre de [V1] indicó que hasta el momento han sufrido las negligencias y la deficiencia del servicio médico en el estado y ya sólo esperan a que le puedan devolver los restos de su hijo para regresar a su tierra”*.

Radicación del expediente

7. El 14 de abril de 2020, la Segunda Visitadora General de la CDHP calificó de legal y determinó radicar la queja con el número de expediente 1419/2020, con motivo de la nota periodística publicada en medios de comunicación digital titulada: *“Familia de [V1], un joven de Huehuetla, teme que haya muerto por COVID19; en el Hospital de San Andrés, aún no confirman causa de muerte”*. Asimismo, mediante oficio V2/002584 de 30



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

de junio de 2020, firmado por la Segunda Visitadora General, en atención al acuerdo de 6 de febrero de 2020, suscrito por el Presidente de la CDHP por el que ordenó la creación de la Tercera Visitaduría General, se reasignó a ésta el expediente de queja a la Tercera Visitaduría General y se continuó con la investigación e integración hasta su conclusión.

8. Acuerdo de 22 de abril de 2020, suscrito por el Presidente de la CDHP, en el que en virtud de los hechos presuntamente violatorios de derechos humanos instruyó que de oficio se continuaran las investigaciones.

Solicitudes de información

9. Para la debida integración de la queja, mediante el oficio número CDH/SVG/936/2020, de 14 de abril de 2020, se solicitó al Director de Asuntos Jurídicos de la SSEP, un informe relativo a los hechos materia de la queja, solicitud que fue atendida a través del oficio número 5013-DAJ/DAP/2289/2020, de 16 de abril de 2020, suscrito por el Director de Asuntos Jurídicos de la SSEP, al que adjuntó diversas constancias, las cuales se describirán en el capítulo de evidencias.

10. Mediante oficio V2/002583 de 30 de junio de 2020, se solicitó al Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado de Puebla un informe complementario solicitando el expediente clínico de V1 y datos de contacto de sus familiares; en respuesta el 9 de julio del mismo año, solicitó prórroga por 15 días para dar contestación, misma que se concedió mediante oficio V3/003005 de 14 de julio de 2020 únicamente por cinco días y se solicitaron los datos de identificación del personal responsable de atender a V1.

11. La SSEP, de nueva cuenta solicitó prórroga para proporcionar la información solicitada y mediante oficio 5013/DAJ/DAP/4228//2020 de 12 de agosto de 2020, rindió informe parcial. Mediante oficio 5013//DAJ//4243//2020 de 14 de agosto remitió el expediente clínico de V1 de forma digital, a través de un disco compacto.



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

12. Por último, mediante oficio V3/004611 de 18 de agosto de 2020, se solicitó a la SSEP que remitiera el nombre del personal que estuvo a cargo del cuidado de V1 y los procedimientos implementados con la finalidad de deslindar responsabilidades. Todos los oficios de información se agregan en el apartado de evidencias.

Oficio en colaboración

13. Oficio DDH/3701/2020 recibido el 11 de julio de 2020, a través del cual la Directora de Derechos Humanos de la Fiscalía General del Estado de Puebla informó que: *“no han recibido denuncias derivadas de mala praxis médica, malos tratos u omisiones administrativas en casos de enfermedad respiratoria”*.

Gestiones telefónicas

14. El 1 de julio de 2020, el Tercer Visitador General de la CDHP entabló comunicación telefónica con Q1, a quien se le explicó que se encontraba radicada de oficio una queja por los hechos ocurridos el 8 de abril del mismo año en el que falleció su hijo V1, manifestando en ese momento su deseo de ratificar y hacer suya la queja; posteriormente, 1 y 18 de septiembre, ambos del 2020, también se estableció comunicación telefónica con Q1, a quien se le indicó el estatus de la queja y se le informó que en caso de tener evidencias que ayuden en la investigación de la queja podía aportarlas al expediente.

Ratificación de la queja

15. El 23 de septiembre de 2020, un visitador adjunto acudió al domicilio de Q1 y Q2, y les manifestó que el motivo de la visita era en seguimiento a la queja iniciada de oficio por la CDHP, para saber si era su deseo ratificarla y ampliar o precisar algún detalle; ambos manifestaron su deseo de ratificarla nuevamente, precisando que: *“(…) decidimos trasladarlo al [HGEVN] donde llegamos como a las 2:30 de la madrugada del día 8 de abril de 2020 (...) lo recibieron a la fuerza, atendiéndolo el [AR3] no le dieron la atención correspondiente pues le pedía al personal en turno que le pusieran bien el oxígeno a mi hijo ya que no estaba funcionando, el encargado de administrar oxígeno tardó bastante*



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

tiempo en colocarle bien el tanque de oxígeno y debido a la falta de este elemento mi hijo comenzó a ponerse muy mal por no poder respirar debidamente (...) posteriormente le desconectaron el oxígeno en lo que tuvimos que ir cinco viajes a la farmacia a comprar los materiales...”.

II. EVIDENCIAS.

16. Nota periodística de 10 de abril de 2020, titulada: *“Familia de Sergio, un joven de Huehuetla, teme que haya muerto por COVID19; en el Hospital de San Andrés, aún no confirman causa de muerte”*, del medio: *“Central”*.

16.1. La nota refiere que: *“fue trasladado del Hospital de Ixtepec al nosocomio de San Andrés Cholula en donde murió, [la] madre de [V1] reclamó que desde el lunes 6 de abril hospitalizó a su hijo en el hospital de Ixtepec, Puebla, pero lo dio de alta voluntaria para enviarlo a la capital de Puebla, sin embargo a su familia jamás se le informó a dónde fue enviado y lo localizaron después de buscarlo en el [HGEVN y HGCH]”*.

17. Oficio 5013-DAJ/DAP/2289/2020, recibido en la CDHP el 16 de abril de 2020, a través del cual la el Director de Asuntos Jurídicos de la SSEP rindió informe solicitado al que adjuntó:

17.1. Capturas de pantalla de 10 de abril del año en curso a fin de hacer constar que en esa fecha vía ‘WhatsApp’, personal de la CDHP solicitó informes sobre la nota periodística a que hace referencia en el oficio que se contesta, señalando que, derivado de la misma requerían saber a) Si [V1] ingresó al Hospital de Cholula; b) Si era verdad que falleció; c) Cuál es el procedimiento para el cuerpo.

17.2. *“Acuerdo del Secretario de Salud, por el que se emiten las medidas para el manejo de cadáveres, derivado de la contingencia epidemiológica provocada por el virus COVID-19, publicada el 06 de abril de 2020”*.



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

17.3. Informe interno del HGEVN, sin número y sin fecha, suscrito por SP1 comunicándole a SP2, respecto a los hechos que nos ocupan...” “a través del cual los Servicios de Salud del Estado de Puebla, de la SSEP a través de SP1, informó como caso sospechoso de COVID al paciente **V1**, persona que vive con VIH y tiene *“neumonía atípica, el cual inicia cuadro el 7 de marzo del presente [año] con tos, el 18 exacerba tos y fiebre sin atención. Acude a capasisits donde fue referido al HGCH y se realiza prueba para COVID, con sintomatología de dificultad respiratoria. El 25 de marzo de 2020, se reporta negativa de PCR, por lo que el día 2 de abril egresa de HGCG con tratamiento sintomático a su domicilio, donde se agrega vómito, distensión abdominal, malestar general; por lo que acude al Hospital de Ixtepec IMSS, donde permanece internado 2 días sin mejoría y egresa por alta voluntaria, se regresa al HGEVN el 4 de abril con mala evolución, se envía a HGCH por su cuadro clínico, donde no es aceptado por prueba negativa regresando al HGEVN (...) la TAC [Tomografía computarizada] se realizó en HGEVN, se confirmaron hallazgos compatibles con COVID, el [AR1], recomienda traslado a HG Cholula por lo que se realiza la referencia con el apoyo de SUMA a las 22:30 hrs. Durante la noche fallece el paciente en el HGCH y no encuentran a familiares a través de capasisits, contacta a familiares quienes expresan no haber estado enterados del traslado y menos de haber tenido conocimientos de la defunción. Lo anterior denota inconsistencias en las funciones de la trabajadora social [AR2], así como de la trabajadora social del HGCH, por no haber extremado las medidas prioritarias de comunicación entre las instituciones...”*

18. Acuerdo del presidente de la CDHP, de 22 de abril de 2020, a través del cual determinó que en virtud de los hechos presuntamente violatorios de derechos humanos en que podría incurrir la SSEP a través del HGCH y HGEVN, se instruyó *“que continúe conociendo de los hechos que originaron el presente expediente, y de oficio se continúen las investigaciones que en derecho corresponda, teniendo como válidas las actuaciones realizadas hasta el momento y por rendidos los informes de la autoridad señalada como responsable”*.



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

19. Acta circunstanciada de 1 de julio de 2020, en la que el tercer visitador general de la CDHP hizo constar la llamada telefónica con el señor Q1, padre de V1, en la que una vez que le hizo del conocimiento de la queja radicada de oficio, derivada de la nota periodística de 10 de abril de 2020 titulada: *“Familia de [V1], un joven de Huehuetla, teme que haya muerto por COVID19; en el [HGCH] aún no confirman causa de muerte”*, del periódico digital *“Central”*, manifestó al preguntarle si era su deseo ratificar la queja y hacerla suya, que: *“sí era su deseo”*.

20. Acta circunstanciada de 29 de junio de 2020, en la que una visitadora adjunta de la CDHP hizo constar la comunicación telefónica con personal de la Dirección de Asuntos Penales de la SSEP, con la finalidad de solicitar datos de localización de los familiares de la persona agraviada a la que hace referencia la nota periodística, sin embargo respondió que lleva poco a cargo de la Dirección y solicitó se le solicite la información vía oficio para realizar las gestiones necesarias.

21. Oficio V2/002584 de 30 de junio de 2020, signado por la Segunda Visitadora General de la CDHP, a través del cual reasignó el expediente de queja 1419/2020 a la Tercera Visitaduría General, con la finalidad de continuar con su integración y determinación, en atención al acuerdo de 6 de febrero de 2020, suscrito por el Presidente de la CDHP, por virtud del cual ordenó la creación de la Tercera Visitaduría General.

22. Oficio DDH/3701/2020 recibido vía correo electrónico el 11 de julio de 2020, a través del cual la Directora de Derechos Humanos de la Fiscalía General del Estado de Puebla informó que: *“no han recibido denuncias derivadas de mala praxis médica, malos tratos u omisiones administrativas en casos de enfermedad respiratoria (SARS Co-V2) por parte de la [SSEP] o el [ISSSTEP]”*, el cual se agregó al presente expediente de queja.

23. Acta circunstanciada de 13 de julio de 2020, en la que el Tercer Visitador General de la CDHP hizo constar que se agregó al expediente un oficio de contestación de diverso expediente, en el que la Fiscalía General del Estado de Puebla informó que: *“no ha recibido denuncias derivadas de mala praxis médica, malos tratos u omisiones administrativas en caso de enfermedad respiratoria”*



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

24. Oficio 5013/DAJ/DAP/4020/2020, recibido el 7 de agosto de 2020, a través del cual el Director de Asuntos Jurídicos de la SSEP informó el número telefónico para la localización de los familiares de V1, y mencionó que: *“toda vez que el citado expediente se encuentra dentro del área de atención a pacientes por enfermedad SARS cOV2 COVID 19, por lo que el extraerlo de la citada área implicaría un riesgo sanitario para las personas que tuviesen contacto con el mismo...”*.

25. Oficio 5013/DAJ/DAP/4243/2020, recibido el 14 de agosto de 2020, suscrito por el Director de Asuntos Jurídicos de la SSEP, a través del cual remitió a la CDHP un disco compacto que contiene el expediente clínico digitalizado de V1, mismo que se imprimió y se anexó al expediente de queja en nueve fojas útiles que contienen:

25.1. Hoja de sistema de referencia y contrarreferencia de 8 de abril de 2020, del HGEVN respecto de V1 que contiene resumen clínico: *“inicia con dificultad respiratoria acompañado de fiebre no cuantificada por lo que es trasladado para valoración (...) Paciente con antecedente de hospitalización previa hace dos semanas en Hospital para Enfermedades Respiratorias, al parecer con prueba negativa para COVID-19 en ese momento, sin embargo dado ese antecedentes y patologías propias del paciente solicitamos nueva revaloración (...) Impresión diagnóstica VIH (+), Probable Neumocistosis, Probable COVID-19”*.

25.2. Ficha socioeconómica inicial del HGCH de 26 de marzo de 2020 sin número de folio que contiene datos generales del paciente V1 y de sus familiares; diagnóstico médico: *“VIH positivo + Covid 19”*.

25.3. Nota de trabajo médico social de los días 8 y 9 de abril de 2020, que refieren: *“Paciente masculino quien ingresa con Dx Neumonía atípica, choque séptico secundario a foco pulmonar, con estado de salud delicado, referido del Hospital General del Sur, llega sin familiares, se habla al Hospital General del Sur, al número (...) sin obtener respuesta alguna...”*.



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

25.4. Certificado de defunción de 9 de abril de 2020, respecto de V1, en la que menciona que las causas de defunción fueron: *“Insuficiencia Respiratoria y Neumonía Atípica”*.

25.5. Cédula del paciente V1, que contiene datos clínicos de observación de urgencias con fecha de inicio de síntomas 23 de marzo de 2020 los cuales son: fiebre, tos disnea, escalofríos y conjuntivitis; además refiere co-morbilidad: inmunopresión y VIH/SIDA, con fecha de ingreso al hospital de 25 de marzo de 2020. Diagnóstico probable enfermedad tipo influenza (ETI) con resultado negativo.

25.6. Resumen clínico de V1: Fecha de ingreso 8 de abril de 2020, fecha de defunción 8 de abril de 2020. *“8-4-2020 2:00pm. Se realiza reunión para manejo y tratamiento entre directivos, epidemiología e infectólogo, del [HGEVN y HGCH]. Se consensa el traslado del paciente al Hospital General de Cholula, en cuanto se reporte hallazgo tomográfico”*.

26. Oficio 5013/DAJ/DAP/4228/2020 recibido el 13 de agosto de 2020, a través del cual el Director de Asuntos Jurídicos de la SSEP, informó número de localización de los familiares de V1 y que las personas [AR2] y [AR1], no laboran en esa unidad hospitalaria y por lo anterior no se advierte procedimiento administrativo; asimismo adjunto el diverso:

26.1. Oficio HGCH/AA/129/2020, de 11 de agosto de 2020, suscrito por SP5, Director del HGCH en el que informó que V1 ingresó el 8 de abril de 2020, con diagnóstico de VIH, trasladado del HGEVN, por neumonía en estado de extrema gravedad, con sospecha de ser compatible para Covid-19, tuvo muestra faríngea con resultado negativo; el reporte de TAC, arrojó hallazgos radiológicos de lesión pulmonar altamente sospechosa de infección por Covid-19, ingresó a las 22:50 y falleció a las 23:25.

27. Acta circunstanciada de 1 de septiembre de 2020, en la que el tercer visitador general de la CDHP, hizo constar que entabló comunicación telefónica con Q1, padre de V1, a quien se le solicitó que de tener elementos de prueba que aportar o alguna evidencia que



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

sirva de aporte para la investigación, la hiciera llegar a través de los correos electrónicos institucionales que se le proporcionaron en ese instante.

28. Acta circunstanciada de 18 de septiembre de 2020, en la que el tercer visitador general de la CDHP, hizo constar que entabló comunicación telefónica con Q1, padre de V1, a quien se le reiteró que de tener elementos de prueba que aportar o alguna evidencia que sirva de aporte para la investigación, la hiciera llegar a través de los correos electrónicos institucionales que se le proporcionaron.

29. Opinión médica de 9 de septiembre de 2020, realizada por una perita médica, en la que realizó un análisis del expediente clínico proporcionado por la SSA. en el que concluyó que: *“PRIMERA. La atención médica brindada (de acuerdo a la documental aquí expuesta fue inadecuada. SEGUNDA. Debido a la escasa documentación del expediente clínico completo y a los reportes de las autoridades se sospecha que hubo negligencia médica”*.

30. Acta circunstanciada de 23 de septiembre de 2020, en la que un visitador adjunto hizo constar la entrevista con Q1 y Q2, en la que les explicó que el motivo de la visita es en seguimiento a la queja iniciada de oficio por la CDHP, para saber si era su deseo ratificar el contenido de la nota periodística y ampliar o precisar mayores detalles; ambos manifestaron: *“es nuestro deseo ratificar el contenido de la presente queja precisando lo siguiente: (...) decidimos trasladarlo al [HGEVN] donde llegamos como a las 2:30 de la madrugada del día 8 de abril de 2020 (...) lo recibieron a la fuerza, atendiéndolo el [AR3] no le dieron la atención correspondiente pues le pedía al personal en turno que le pusieran bien el oxígeno a mi hijo ya que no estaba funcionando, el encargado de administrar oxígeno tardó bastante tiempo en colocarle bien el tanque de oxígeno y debido a la falta de este elemento mi hijo comenzó a ponerse muy mal por no poder respirar debidamente...”*.



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

31. No se tiene constancia que se haya radicado alguna queja médica ante el ISSSTEP o procedimiento en el Órgano Interno de Control de esa dependencia, por la inadecuada atención médica que se le brindó a V1.

32. Asimismo, tampoco existe constancia alguna de que en la FGE hayan recibido denuncias para iniciar alguna Carpeta de Investigación o Número de Atención Temprana (NUAT) derivadas de mala praxis médica, malos tratos u omisiones administrativas en casos de enfermedad respiratoria (SARS Co-V2) por parte de personal médico de la SSEP e ISSSTEP.

33. La autoridad señalada como responsable de las probables violaciones a derechos humanos, fue requerida mediante oficio V3/004611 recibido en la oficialía de partes de la SSEP el 19 de agosto de 2020, solicitándole que informara respecto de las personas involucradas en la prestación del servicio proporcionado a V1, con la finalidad de que se inicie la investigación o procedimientos correspondientes, ya que de la tarjeta informativa que remitió sólo se advirtieron los nombres de AR1 y AR2.

IV.- OBSERVACIONES.

34. En este apartado se realizará un análisis lógico-jurídico con enfoque de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de precedentes emitidos por la CNDH, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN como de la Corte IDH. Lo anterior, con fundamento en el artículo 41 de la LCDHP y con el fin de determinar la existencia de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, en agravio de V1, por una responsabilidad institucional atribuible a la SSEP, así como por la negligencia y omisiones de personal médico adscrito al SSEP, que contribuyó al deterioro de su salud, trayendo como consecuencia su fallecimiento; lo anterior en razón de las consideraciones que se exponen a continuación.



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

A. EL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

35. El derecho a la protección de la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel de salud¹.

36. El artículo 4 de la CPEUM, establece que las autoridades tienen la obligación de garantizar el derecho a la protección de la salud: *“La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social”*.²

37. El artículo 73, fracción XVI, 2ª. determina que *“En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República”*.

38. El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), establece que los Estados Parte deben reconocer el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental adoptando las medidas necesarias para garantizar la efectividad de ese derecho, además de procurar las condiciones que aseguren para todos la asistencia médica y de servicios médicos en caso de enfermedad; tratándose de enfermedades epidémicas la prevención y tratamiento de las mismas.

¹ CNDH, Recomendación 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

² Reformado, D.O.F. 8 de mayo de 2020.



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

39. El numeral 1. de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala 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. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”*.³

40. La DUDH, afirma en su artículo 25, párrafo primero que *“...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure [...] la salud y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”*.

41. La Corte IDH en el caso *“Vera Vera y otra vs Ecuador”*⁴ estableció que *“(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”*.

42. Por su parte, la SCJN en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección⁵, expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra *“...el disfrute de los servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles”*, por lo que, para garantizarlos, el Estado a través de sus instituciones debe otorgarlos con calidad, debiéndose comprender calidad como *“la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”*.

43. El derecho a la salud, también debe entenderse como una prerrogativa de exigir al Estado, un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud. La CNDH en la Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, de 23 de abril de 2009, señaló que: *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las*

³ *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*. aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

⁴ Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

⁵ Tesis 1a./J. 50/2009, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXIX, Abril de 2009, p. 164



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”.

44. Se advirtió, además, que *“el derecho a exigir un sistema capaz proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”*⁶.

45. Por último, los artículos 1 y 2 de la LESEP, destacan las premisas señaladas anteriormente, que son: la protección de la salud, que el Estado debe garantizar el acceso, así como el bienestar físico y mental del hombre y la mujer para contribuir al ejercicio de sus plenas capacidades.

46. En el presente caso, del cúmulo de evidencias que integran el expediente de queja 1419/2020, se advirtió que los médicos del HGEVN y HGCH omitieron brindar adecuada atención a V1, derivada de su calidad de garante que consagran en su favor los artículos 1 y 2 de la LESEP, situación que se considera agravada por tratarse de una persona que vivía con VIH.

47. En efecto, V1 tuvo una mala atención médica, pues la obligación del personal médico era brindarle la atención de manera inmediata, con calidad y calidez, lo cual no ocurrió así, ya que en la nota informativa que remitió el doctor SP1 a SP2, del HGEVN, se advirtió que realizaron una reunión para determinar en qué hospital sería atendido *“Dada la controversia en la ubicación, se convoca a una revisión extraordinaria del caso entre epidemiólogos, infectólogo e incluso directores de ambos hospitales, el 8 de abril en HGCH, donde se concluye la necesidad de TAC de Tórax y si tiene patrón de COVID lo aceptaría el HGCH”*, sin embargo, esta demora en la decisión de remisión y atención de uno hospital a otro fue determinante para la salud de V1, dadas las condiciones en las que se encontraba.

⁶ CNDH. Recomendación General 15, *“Sobre el derecho a la protección de la Salud”*, párr. 24.



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

48. V1 acudió con una emergencia respiratoria, en la que el personal médico debió actuar de inmediato, sin embargo, del expediente clínico de V1, en la hoja de rubro “Resumen clínico”, se advierte que la “(...) reunión para manejo y tratamiento entre Directivos, epidemiología e infectólogo” del HGEVN y el HGCH ocurrió desde las “2:00 pm”. Y el ingreso de V1 al HGCH fue hasta las 22:50, sin que durante ese lapso se tenga constancias que obren en el expediente clínico de los tratamientos que se le dieron o del aviso de alguna complicación a los familiares de V1.

49. Si bien a V1 se le realizó un Tac de Tórax, aún en el supuesto de que los resultados pudiesen demorar, ello no era impedimento para que en ese lapso se le brindara un tratamiento adecuado a su estado de salud y sintomatología reportado hasta el momento y hasta obtener los resultados. En el expediente clínico de V1 que remitieron a la CDHP, no se advierte qué acciones realizó el personal médico para mejorar su salud durante su estancia; tampoco informaron los medicamentos ministrados, y no existen reportes detallados con las firmas del personal médico responsable, pues los formatos que obran en sus reportes o expediente clínico carecen de información.

50. La NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico tiene como objetivo establecer “los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico”. Asimismo, esta es de observancia obligatoria para todo el personal del área médica o de la salud y en consecuencia se encuentran sujetos a todas y cada una de las disposiciones.

51. El punto 5.14 de la NOM establece que respecto de la integración de los expedientes clínicos: “(...) cuando en un mismo establecimiento para la atención médica (...) deberá integrarse un (...) expediente clínico (...) donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención”.

52. De las irregularidades descritas y analizadas se acreditó la inadecuada atención médica por parte del personal médico del HGCH y HGEVN, así como la falta de



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

documentos y datos en el expediente clínico que hagan constar las atenciones médicas que se le brindaron durante el tiempo que estuvo hospitalizado y/o en urgencias, con ello impidieron garantizar con efectividad a V1 el derecho a la protección a la salud, toda vez que el personal médico de ambos hospitales que se vio involucrado en el cuidado de V1, no brindó una adecuada e inmediata atención, para evitar mayores riesgos, dada su condición de persona con VIH, por lo tanto, incumplieron el artículo 27, fracción III de la LGS, que establece *“Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: (...) La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas (...)”*.

53. Asimismo, la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, *“Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana”* determina que tiene por objeto: *“(...) establecer y actualizar los métodos, principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control, que abarcan la detección, el diagnóstico oportuno, la atención y tratamiento médico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)”*.

54. En esa tesitura, en el numeral 1.2 de la referida NOM, establece que: *“Las disposiciones de esta norma son de orden público e interés social y por tanto de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todas las instituciones y personal del Sistema Nacional de Salud involucrado en la atención a las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, incluyendo al personal que realice acciones de promoción y prevención de la salud, protección específica, tratamiento, atención primaria y control epidemiológico, así como para el personal que labore en unidades de salud que incluye a quienes laboren en laboratorios públicos y privados.”*

55. Por todo lo anterior, se puede observar que los médicos tratantes infringieron el artículo 8, fracción II del Reglamento de la LGS en materia de Prestaciones de Servicios de atención Médica, el cual precisa que las actividades de atención médica son: *“CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas*



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...). Además, que en el lapso mencionado no se le brindó de manera adecuada la atención médica a V1.

56. Por su parte, la opinión médica de 18 de septiembre de 2020, realizada por una perita médica de la CDHP, analizó el expediente clínico de V1 que proporcionó la autoridad responsable y llegó a la conclusión que: *“PRIMERA. La atención médica brindada de acuerdo a la documental aquí expuesta fue inadecuada. SEGUNDA. Debido a la escasa documentación del expediente clínico completo y a los reportes de las autoridades se sospecha que hubo negligencia médica”*.

57. Para llegar a esa conclusión, la perita médica de la CDHP analizó el expediente clínico y/o reportes médicos que la autoridad responsable envió. Para mejor comprensión se realiza una línea del tiempo con los sucesos más relevantes en el caso de V1:

Cronología de atención médica		
Fecha	Síntomas	Observaciones
3/03/2020		Diagnóstico de VIH+
7/03/2020	Tos	Inicio de sintomatología
18/03/2020	Exacerbación de tos y fiebre	Sin atención
		Acudió a CAPASITS con dificultad respiratoria
25/03/2020	Toma de PCR la cual se reporta negativa	Ingreso al hospital
2/04/2020		Egreso del HGCH
2/04/2020	Presenta en su domicilio vómito, distensión abdominal y malestar general	Ingresa en Ixtepec IMSS donde permanece 2 días y egresa por alta voluntaria
4/04/2020		Se presentó en HGEVN y se envió a HGCH, donde no lo aceptaron por prueba negativa a COVID-19, regresando al HGEVN
8/04/2020		Revisión extraordinaria



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

		del caso entre epidemiólogos, infectólogo y directores de ambos hospitales, donde se concluyó la necesidad de TAC de Tórax y si existe patrón de COVID19 lo aceptarían en el HGCH.
--	--	--

58. Como se puede observar en la tabla anterior, son los padecimientos y/o sintomatología que V1 presentaba desde el 18 de abril de 2020. El 25 de marzo del 2020 le realizaron a V1 la toma de PCR, la cual se reportó negativa. Asimismo, del oficio HGCH/AA/129/2020, de 11 de agosto de 2020, suscrito por SP5, Director del HGCH se advierte: *“con sospecha de ser compatible para Covid-19, tuvo muestra faríngea con resultado negativo”*, pero, en la opinión médica se dice que: *“Se cuenta con el registro de una cédula de valoración en el servicio de observación de urgencias con fecha de ingreso al hospital de 25 de marzo del 2020, en la que [V1] acudió refiriendo síntomas (...) sin embargo el formato no refiere si el resultado negativo es para diagnóstico de Influenza o COVID”*.

59. De la transcripción anterior se observa que la cédula de valoración mencionó un negativo para COVID19, en el caso de V1, pero en el expediente clínico que remitió la autoridad responsable no se cuenta con la prueba documental que haga referencia a la prueba de COVID con el resultado correspondiente.

60. Ahora bien, en el oficio 5013/DAJ/DAP/4243/2020, el Director de Asuntos Jurídicos de la SSEP refirió: *“remito a Usted un disco compacto que contiene el expediente clínico digitalizado de [V1]...”*, sin embargo, en la referida opinión de la perita médica de la CDHP advirtió que: *“la documental de la cual se hace mención como expediente clínico (...) no corresponde a todo el expediente clínico de la atención brindada a [V1]”*.

61. Además, la opinión refirió que *“la decisión de enviar al [HGCH] ante la posibilidad de infección por COVID fue retrasada mucho tiempo, si bien el diagnóstico que fue usado*



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

*para inferir (neumonía atípica siendo probable Neumocitosis, la cual es una infección por el estado de inmunodepresión de que fuese COVID-19) fue adecuado, según el Artículo 48 del Reglamento de la [LGS] los usuarios tienen derecho a las prestaciones de salud de **manera oportuna y de calidad idónea**, en este caso no se brindó de manera oportuna debido a que se tiene el antecedente de que los síntomas iniciaron el 7 de marzo (...)*”.

62. Respecto de la reunión que se llevó a cabo dada la controversia de si V1 debería estar en el HGEVN o en el HGCH, la perita médica en su opinión refirió que: *“las inconsistencias no sólo se encuentran en la comunicación, sino en toda la atención brindada en las múltiples ocasiones que [V1] tuvo ingresos a diversos hospitales y continuó con sintomatología, lo que terminaba en la necesidad de acudir nuevamente a un servicio hospitalario, por lo que se incumplió con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica, en su artículo 8 (...), en el caso que abordamos no se da un tratamiento oportuno para lograr una curación (...) en este caso se puede sospechar que existió negligencia, sin embargo se necesitaría hacer la revisión de todo el expediente clínico para determinarla”*.

63. Las acciones y omisiones que efectuó el personal médico del HGCH y el HGEVN fueron totalmente violatorios de derechos humanos y contrarios a los lineamientos emitidos por el CSG, aplicables a la época de contingencia por el COVID-19 y que son de observancia general, además de que V1 se trataba de una persona vulnerable por vivir con VIH, por lo que era exigible al personal médico que pusieran mayor atención a su salud.

64. La *“Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia”* del CSG, señala que: *“Un principio fundacional de la justicia social es que todas las personas tienen el mismo valor y los mismos derechos. Además del principio de justicia, los principios orientadores de esta guía son: dignidad humana, solidaridad y equidad”*. Situación que es concordante con lo establecido en la DUDH, ya que en su artículo 2 determina que: *“toda persona tiene derechos humanos sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, o de cualquier otra índole”*, lo cual, la condición que tenía V1 al ser



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

una persona que vivía con VIH, es de consideración para no caer en los supuestos de excluirlo o discriminarlo al momento de recibir adecuada atención médica por ser una persona en situación de vulnerabilidad.

65. La Corte IDH en un comunicado de 14 de abril de 2020, expresó que: *“El derecho a la salud debe garantizarse respetando la dignidad humana y respetando los principios fundamentales de la bioética, de conformidad con los estándares interamericanos en cuanto a su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, adecuados a las circunstancias generadas por esta pandemia. Por lo señalado, los trabajadores y trabajadoras de la salud, deberán ser proveídos de los insumos, equipos, materiales e instrumentos que protejan su integridad, vida y salud, y que les permita desempeñar su labor en términos razonables de seguridad y calidad”*⁷.

66. En el caso de V1, la atención no fue acorde a los principios de la bioética ni a los estándares de disponibilidad, accesibilidad y calidad, pues se perdió tiempo valioso en acordar qué hospital debería atenderlo y no sustentar los procedimientos realizados en el expediente clínico. Además de que los epidemiólogos, infectólogos e incluso los directivos y personal de los hospitales HGCH y HGVEN que participó en la revisión extraordinaria del caso no llegaban a un acuerdo.

67. Dicha asignación obedecía a que si de las pruebas para detectar el virus del COVID-19 realizadas a V1, éste resultaba positivo, debería ser atendido en el HGCH, y si resultaba negativo ser atendido en el HGEVN.

68. Si bien a V1, en un primer momento le realizaron una prueba para COVID-19, por presentar sintomatología de dificultad respiratoria, y salió negativa, ambos hospitales no extremaron las medidas necesarias para contrarrestar los malestares respiratorios, sólo se ciñeron al resultado de la prueba negativa de COVID-19, que incluso no se encuentra documentada, dejando de lado que además de tratarse de una emergencia respiratoria,

⁷ Corte IDH, Comunicado “COVID-19 y Derechos Humanos: Los problemas y desafíos deben ser abordados con perspectiva de Derechos Humanos y respetando las obligaciones internacionales”, 14 de abril de 2020, <https://www.corteidh.or.cr/tablas/alerta/comunicado/cp-27-2020.html>



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

se trataba de una persona que vivía con VIH, y que su respiración era bastante deficiente, por lo que su condición era más delicada y podría resultar más grave si no era atendida a tiempo. Dicho criterio, más allá de ayudar al paciente V1, hizo que hubiera una dilación y se agravara más su situación, que de por sí ya era delicada.

69. Las decisiones de atención en la salud de V1 dependieron si tenía o no COVID-19, sin embargo, los síntomas continuaron agravándose, por lo que la prueba pudo ser un falso positivo, o que la prueba se haya aplicado de manera deficiente; o incluso que V1 hubiese contraído el virus posterior a la prueba que se aplicó, además de que, como ya se advirtió, no existe ninguna prueba o soporte documental del resultado negativo a COVID-19.

70. La OPS en sus *“Directrices de laboratorio para la detección y el diagnóstico de la infección por el virus responsable de la COVID-19”*,⁸ recomienda *“garantizar la identificación oportuna de casos sospechosos, la toma y el envío de muestras a los laboratorios de referencia, y la implementación de protocolos de detección molecular (...)”*. Asimismo, las referidas directrices determinan que un resultado negativo no siempre significa la ausencia de infección por el virus. Varias razones pueden explicar un resultado negativo en una persona infectada, principalmente:

- *Calidad de la muestra, manipulación, transporte o almacenamiento deficientes (como control, se puede realizar la detección cualitativa de un gen constitutivo (o de mantenimiento) humano (...))*
- *Extracción de muestra deficiente o fallida, presencia de inhibidores de PCR en el ARN extraído (...).*
- *La muestra se recolectó en un momento en que el paciente no estaba secretando cantidades suficientes de virus, por ejemplo, muy temprana o tardíamente durante la infección (este punto es particularmente relevante ya que la dinámica de la presencia del virus en diferentes tipos de muestra no se*

⁸ Organización Panamericana de la Salud. Directrices de laboratorio para la detección y diagnóstico de la infección por el virus responsable de la COVID-19, Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52471/OPSIMSPECOVID-19200038_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

ha establecido por completo).

•Al igual que con cualquier ensayo de detección molecular, las mutaciones del virus en las regiones a las que se dirigen los ensayos pueden afectar la sensibilidad de la detección”.

71. Derivado de lo anterior, las personas que participaron en la atención de V1, en ambos hospitales incumplieron los puntos 7 y 8 “De las notas médicas en urgencias”, 8 “De las notas médicas en hospitalización” y 9 “De los reportes del personal profesional y técnico”, de la NOM-004-SSA3-2012.

72. Para el caso del punto 7 de la NOM-004-SSA3-2012 establece que: “Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente: (...) motivo de la atención (...) resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitadas previamente; diagnósticos o problemas clínicos; tratamiento y pronóstico; nota de evolución. Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma (...) De referencia/traslado”.

73. Para el caso del punto 8 de la NOM-004-SSA3-2012 establece que en el ingreso: “Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes: (...) Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; tratamiento y pronóstico; historia clínica; nota de evolución. Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma. Nota de referencia/traslado (...) manejo durante la estancia hospitalaria (...); atención a factores de riesgo (...)”.

74. Para el caso del punto 9 de la NOM-004-SSA3-2012 establece que: “Deberá elaborarse por el personal en turno según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo: (...) ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita; procedimientos realizados; y observaciones. De los estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo: fecha y hora del estudio; identificación del solicitante; estudio solicitado; problema clínico en estudio; incidentes y accidentes, si los hubo; identificación del personal que realizó el estudio; nombre completo y firma del personal que informa”.

75. De las irregularidades descritas y analizadas se acreditó la inadecuada atención médica por parte del personal médico del HGCH y HGVEN, con lo que impidieron garantizar con efectividad a V1 el derecho a la protección a la salud, toda vez que los médicos tratantes no realizaron un adecuado protocolo de estudio para confirmar o descartar el diagnóstico de COVID-19, por tanto, incumplieron el artículo 27, fracción III de la LGS, que establece *“Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: (...) La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas (...)”.*

76. El personal médico, también incumplió los artículos 9 y 48 del Reglamento de LGS que disponen: *“La atención médica deberá llevarse (...) de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”* y *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)”.*

77. 51. La inadecuada atención médica descrita condicionó y contribuyó al deceso de V1, como se analizará enseguida.

B. DERECHO A LA VIDA

78. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en el artículo 29, párrafo segundo, de la CPEUM y en documentos internacionales, por lo que le corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.



79. La SCJN ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).”*

9

80. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la DUDH y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

81. La Corte IDH ha establecido que *“(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...).”*¹⁰, asimismo *“(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...).”*¹¹

82. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por personal médico de los

⁹ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, Enero de 2011, Pág. 24.

¹⁰ Corte IDH. “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Párrafo 144

¹¹ Corte IDH. “Caso Familia Barrios Vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

Hospitales HGCH y HGEVN, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

83. Lo expuesto, evidenció la mala praxis de los médicos que atendieron a V1, pues de las pruebas que le realizaron a V1 para saber si tenía COVID-19, fueron tardías a pesar de presentar insuficiencia respiratoria, ya que independientemente de que fuera corroborado o no, tenían que brindar la atención adecuada e inmediata para el padecimiento o urgencia que presentaba en ese momento y no hubo un método alternativo para corroborar la anterior prueba que resultó negativa, de acuerdo al pronunciamiento sostenido por la SCJN, que establece lo siguiente:

“MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA. *Para la exigencia de responsabilidad en contra de un médico por un diagnóstico equivocado, ha de partirse de si dicho profesional **ha realizado o no todas las comprobaciones necesarias**, atendiendo al estado de la ciencia médica, para emitir el diagnóstico. La actividad diagnóstica comporta riesgos de error que pueden mantenerse en ciertos casos dentro de los límites de lo tolerable, sin embargo, existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico **no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina.** De lo anterior se colige que el hecho de realizar un diagnóstico sin la diligencia debida por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina”.*¹²

84. Con lo anterior, y de las evidencias que obran en el expediente de queja, quedó demostrado que el personal médico interviniente, el doctor [AR1], la trabajadora social [AR2], y todos aquellos que estaba a cargo de la atención y cuidado de V1, incurrieron en responsabilidad.

¹² Tesis Aislada, 1ª. XXVII/2013, Registro 2002570



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

RESPONSABILIDAD DE LAS AUTORIDADES.

85. Tal como ha quedado acreditado en la presente Recomendación la responsabilidad de personal médico del HGCH y HGVEN se debió a que fueron omisos en realizar el estudio a fondo del caso de V1, y realizar acciones inmediatas para atender el cuadro de emergencia que presentó al momento de ser hospitalizado y notificar inmediatamente a la Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica y, a la Unidad de Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias correspondiente, además de que el 08 de abril de 2020, no indicaron la toma de muestra de V1 para la identificación de COVID-19, a pesar de que mostraba sintomatología para considerarlo como caso probable, sólo asentaron en la hoja de *“sistema de referencia y contrareferencia”* que *“al parecer con prueba negativa para COVID-19 en ese momento, sin embargo dado ese antecedente y patologías propias del paciente solicitamos nueva revaloración para descartar probable infección por COVID-19”*.

86. Si bien refirieron nueva revalorización para descartar probable infección por COVID-19, no hay constancia de que le hayan hecho la prueba y la que refirieron con resultado negativo fue del 25 de marzo de 2020, sin embargo, tampoco se adjuntó a su expediente clínico la constancia de que le hayan aplicado la prueba y su respectivo resultado.

87. Por lo anterior, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, 102 apartado B, de la CPEUM; 13, fracción IV y 68, párrafo segundo de la LCDHP, se tienen evidencias suficientes para que la CDHP, en ejercicio de sus atribuciones, promueva queja administrativa disciplinaria ante el Órgano Interno de Control de la SSEP, en contra de los médicos intervinientes que estaban a cargo del cuidado de V1 de cuyos nombres sólo se cuentan con los de el doctor AR1, quien ordenó tardíamente el traslado y la trabajadora social AR2 y AR3, doctor que atendió a V1 cuando ingresó, todos del HGEVN, por lo que se deberá investigar al personal que tenía injerencia en el cuidado de V1 y en cuya investigación se deberá tomar en cuenta las evidencias y argumentación referidas en la presente Recomendación.



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL.

88. Conforme al párrafo tercero del artículo 1º Constitucional, *“todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”*

89. Las cuatro obligaciones reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la Corte IDH y aquellos que conforman del sistema universal de las Naciones Unidas.

90. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponda de manera específica a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

91. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra vía es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero de la CPEUM y 44, párrafo segundo, de la LCDHP; 6 fracción II de la Ley de Protección a Víctimas para el Estado de Puebla (LVEP), que determinan 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, emitidos por la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas.

92. A su vez, prevé la posibilidad de que al evidenciarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública deberá incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

93. Al acreditarse la violación a los derechos humanos, la Recomendación que se formula debe señalar las medidas necesarias para una efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales, y en su caso, para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado conforme a los estándares internacionales.

94. Las personas que han sido víctimas de violaciones a derechos humanos tienen derecho a la reparación del daño; pero, también tiene el derecho de que esas reparaciones se lleven a cabo en formas adecuadas y efectivas.

95. Tomando en cuenta lo anterior, la reparación en materia de derechos humanos obliga a contemplar los siguientes requisitos:



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

95.1. Debe ser “adecuada, efectiva y pronta”¹³ y debe ser “proporcional a la gravedad de la violación del derecho humano y el daño sufrido”.¹⁴

95.2. Sólo será considerada efectiva si se proporcionan medidas adecuadas para las víctimas.¹⁵

95.3. Entre las formas de reparación se incluye: la restitución integral, la satisfacción y la garantía de no repetición.¹⁶

96. La Corte IDH, ha establecido que el derecho a la reparación es uno de los pilares básicos de un régimen democrático, dado que refuerza el acceso a la justicia. Asimismo, ha ordenado en sus diversas sentencias algunas medidas de reparación, además de la indemnización.

97. Para tal efecto, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud y a la vida en agravio de V1, se deberá inscribir a sus familiares directos en el Registro Estatal de Víctimas a cargo de la CAVEP, a fin de que, tengan acceso a la asistencia psicológica y tanatológica de forma gratuita y en un lugar accesible que les permita la rehabilitación y superación de las secuelas que fueron provocadas con motivo de los hechos conocidos en el presente expediente; para ello, este Organismo Autónomo remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

98. Las autoridades tienen la obligación de reparar el daño ocasionado, tal y como se desprende del artículo 63, punto 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos,

¹³ “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

¹⁴ Ídem

¹⁵ Comité de Derechos Humanos en Blazek y otros contra República Checa, Comunicación No. 847/1999, CCPR/C/72/D/857/1999, Julio 2001, párr. 7

¹⁶ Comité contra la Tortura, Comentario General No. 3, supra nota 2, párr. 2; Principios Básicos, ob. Cit., Parte IX(18).



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

el cual establece que los Estados parte, están obligados a reparar las consecuencias ocasionadas por los hechos que vulneraron esos derechos.

99. Para reparar el daño que se establece en el punto primero recomendatorio, la SSEP, deberá localizar y tener acercamiento con los familiares de V1, Q1 y su esposa Q2. Los familiares de V1, tienen derecho a ser reparados de manera integral en términos de lo dispuesto por la Ley General de Víctimas y por la Ley de Víctimas el Estado de Puebla, en consecuencia, esta Comisión de Derechos Humanos, recomienda a la SSEP, evaluar el daño psicológico y escuchar sus necesidades particulares, hecho lo anterior, realizar las gestiones respectivas para dar aviso a la CAVEP, con la finalidad de que se les otorgue la atención integral que requieran, a través de un profesional, de forma gratuita y en un lugar accesible para sus familiares.

100. Para dar cumplimiento al punto segundo recomendatorio, se requiere que la autoridad responsable colabore ampliamente con este Organismo Autónomo en la queja administrativa que se presente ante la instancia competente y se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, lo cual es parte de la satisfacción que comprende implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, las autoridades deben adoptar todas las medidas legales y administrativas, así como de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, investigar y sancionarlos.

101. Para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio, se requiere que la autoridad responsable colabore ampliamente con este Organismo Autónomo en la queja administrativa que se presente ante la instancia competente y se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, lo cual es parte de la satisfacción que comprende implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, las autoridades deben adoptar todas las medidas legales y administrativas, así como de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, investigar y sancionarlos.



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

102. De manera inmediata, a fin de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio se deberá emitir una circular en la que se instruya a las y los médicos de primer contacto de la SSEP, que cuando estén en presencia de un caso sospechoso, se indique de forma inmediata la toma de muestra, a fin de que se practique la prueba de detección del COVID-19 y se les de atención adecuada con calidad y calidez, a las personas que viven con VIH, ya que son más vulnerables.

103. Para cumplir con el punto quinto recomendatorio, como parte de otra medida de no repetición, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá realizar todas las acciones necesarias, a efecto de que se brinde un curso de capacitación al personal médico y hospitalario de los hospitales de la SSEP, en las normas oficiales mexicanas NOM-004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”* y la NOM-010-SSA2-2010, *“Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana”*, al personal médico y hospitalario que intervenga en el cuidado de pacientes y elaboración de expedientes clínicos, con la finalidad de que se brinde un trato de calidad y calidez a las personas que viven con VIH y se llenen de manera adecuada los formatos clínicos, bitácoras y toda aquella documentación que sirva de base para integrar el expediente clínico de los pacientes, a fin de garantizar su salud e integridad personal y, puedan realizar de manera eficaz, segura y oportuna su labor.

104. Además, se deberá emitir otra circular en el plazo de un mes, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigida al personal médico de los Hospitales HGCH y HGEVN, en la que se les exhorte entregar copia de la certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa.

105. En consecuencia, esta CDHP le formula a usted Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Gobierno del Estado de Puebla, respetuosamente, las siguientes:



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la CAVEP se brinde la reparación integral a las víctimas indirectas Q1 y Q2 que incluya atención psicológica y tanatológica, en un lugar accesible que les permita su rehabilitación y la superación de las secuelas que fueron provocadas con motivo de los hechos conocidos, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación y se envíen a esta CDHP las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore ampliamente con este Organismo Autónomo en la denuncia que se presente ante la FGE en contra del personal médico, profesional y técnico que estuvo a cargo del cuidado de V1, en los hospitales HGCH y HGEVN, así como de aquellas personas servidoras pública involucradas y, se remitan a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten dicha colaboración.

TERCERA. Se colabore ampliamente con este Organismo Autónomo en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control de la SSEP en contra del personal médico y hospitalario que estuvo a cargo del cuidado de V1, en los hospitales HGCH y HGEVN, así como de aquellas personas servidoras públicas involucradas y, se remitan a esta CDHP las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. De manera inmediata, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular en la que se instruya a los médicos de primer contacto de los hospitales de la SSEP que cuando estén en presencia de un caso sospechoso, de forma inmediata se indique la toma de muestra, a fin de que se practique la prueba de detección del Covid-19, atendiendo lo establecido en el lineamiento estandarizado para la vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio de la enfermedad respiratoria viral, debiendo enviar las constancias de su cumplimiento a esta CDHP.



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

QUINTA. En el plazo de un mes, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se brinde un curso de capacitación dirigido al personal médico de la SSA, en el que se de a conocer y aplicar las normas oficiales mexicanas NOM-010-SSA2-2010 y NOM-004-SSA3-2012, así como someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, hecho lo cual, se envíen a esta CDHP las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se designe a la persona servidora pública de alto nivel de decisión para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación y, en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a esta CDHP.

106. De conformidad con los artículos 51 y 52 de la LCDHP, y 86, 107, 113 y 114, notifíquese la presente Recomendación a la Autoridad Estatal responsable.

107. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la CPEUM, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquier otra autoridad competente para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

108. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la LCDHP, se solicita atentamente que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. Igualmente, con el mismo fundamento legal, solicito a Usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación, se envíen a esta Comisión, dentro del término de



COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL ESTADO DE PUEBLA

quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la Recomendación.

109. Una vez que se haya aceptado la Recomendación emitida por este organismo, tendrá la responsabilidad de su total cumplimiento, en términos del artículo 47, de la LCDHP.

110. Cabe señalar, que la falta de comunicación sobre la aceptación de esta Recomendación o de presentación de pruebas, dará lugar a que se interprete que fue aceptada.

111. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos a quienes se emitan, la CDHP ejercerá su facultad de hacer pública esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la CPEUM, podrá solicitar al H. Congreso del Estado de Puebla, que requiera su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

Sin otro particular, envío un cordial saludo.

Atentamente

**El Presidente de la Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Puebla**

Dr. José Félix Cerezo Vélez.

L'IVC