



RECOMENDACIÓN NO. 64/2019

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V1, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 76 Y EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 11, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS.

Ciudad de México, a 13 de septiembre de 2019

**LIC. ZOÉ ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1° párrafos primero, segundo y tercero, 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 3° párrafo primero, 6°, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2018/7610/Q**, relacionado con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su

publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y los artículos 1, 6, 7, 17, y 18 de la Ley General de Protección y Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos referidos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves utilizadas son los siguientes:

| Claves | Denominación |
|---------------|-----------------------|
| V | Víctima |
| AR | Autoridad Responsable |

4. Para facilitar la lectura en la presente Recomendación y evitar repeticiones innecesarias, se aludirá a las diversas instituciones y dependencias con acrónimos o abreviaturas, las cuales podrán identificarse de la siguiente manera:

| Referencias | Abreviaturas |
|--|---------------------|
| Hospital General de Zona 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social | HGZ11 |

| | |
|---|----------------------|
| Unidad de Medicina Familiar 76 del Instituto Mexicano del Seguro Social | UMF76 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social | IMSS |
| Procuraduría General de Justicia Tamaulipas | Procuraduría Estatal |
| Corte Interamericana de Derechos Humanos | CrIDH |
| Convención Americana sobre Derechos Humanos | CADH |
| Suprema Corte de Justicia de la Nación | SCJN |
| Organización Mundial de la Salud | OMS |
| | |

I. HECHOS.

5. El 21 de septiembre de 2018, V2 presentó escrito de queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas, quien la remitió a esta Comisión Nacional el 24 de septiembre de 2018; en su escrito indicó que en la mañana del 3 de octubre de 2017, antes de que su hijo V1 de 26 años de edad saliera a su centro laboral, le comentó que se sentía mal y que tenía dolor en la columna, espalda y ambos pies. Aproximadamente a medio día, cuando V1 regresó a su domicilio, dijo a V2 que continuaba con dolor, además de que había sufrido una “caída” accidental desde un metro de altura aproximadamente en su centro laboral, por lo que alrededor de las 18:08 horas acudieron al área de urgencias de la UMF76, en donde

un médico le aplicó dos inyecciones para atender su malestar, sin que se les informara qué medicamento le fue suministrado, además le dieron otros en caso de que continuara con el síntoma.

6. Al día siguiente por la madrugada, es decir 4 de octubre del mismo año, estando en su domicilio, aproximadamente a las tres de la mañana, V2, encontró a V1 en su habitación, gritando y tirado en el piso por no poder caminar. Por ello, lo trasladó en una ambulancia de Protección Civil al HGZ11, siendo ingresado aproximadamente a las 04:00 horas al área de urgencias, sin que personal médico o de enfermería se acercara para tomar datos y revisarlo, únicamente acudieron personas a las que V2 describió como “médicos practicantes”, quienes le dieron a V1 una bolsa de papel para que respirara, le pusieron oxígeno y suministraron suero; tiempo en el que V1 se encontraba consciente e incluso usaba su equipo de telefonía celular.

7. V1 fue trasladado a un cuarto en la sala de urgencias y se quedó con él; éste le comentó que no sentía sus manos, por lo que ella acudió con un doctor que se encontraba con otro médico frente a una computadora, sin embargo, ninguno de éstos se acercó para ver a su hijo. Minutos más tarde, revisaron el “nivel de azúcar” de V1 e informaron que le harían unas radiografías, y al momento de realizárselas, V1 vomitó en dos ocasiones. Respecto de las radiografías, V2 mencionó que personal del hospital le dijo que hablarían con un médico para que *“leyera las radiografías”*, ya que la “máquina” estaba descompuesta.

8. V2 comentó que en varias ocasiones V1 le expresó tener la sensación de que se ahogaba. Pidió hablar con su padre V3, por lo que su madre V2 llamó a éste y espero afuera en la sala. V1 y V3 estuvieron platicando alrededor de 20 – 25 minutos; una vez ello, V3 solicitó ingresar nuevamente a V2, momento en el que *“se dio cuenta que un médico presionaba el pecho de su hijo”* por lo que *“lo metieron al cuarto para darle los primeros auxilios y, a las 7:00 horas, les informaron que [V1] había muerto”*. V2 refirió que la única información que le dieron es que su hijo V1 había perdido la vida de un infarto.

9. Posteriormente, personal de la funeraria se llevó el cuerpo de V1 para ser velado, y cuando entregaron el cuerpo a sus padres, observaron que el cuerpo de su hijo se encontraba “*muy inflado y arrojando líquido y sangre por los oídos y nariz*”. Por lo que el 5 de octubre de 2017, “*un familiar*” presentó denuncia ante el Agente del Ministerio Público, por lo que personal de la Procuraduría Estatal acudió a la funeraria por el cuerpo de V1.

10. A fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos se obtuvieron informes y el expediente clínico que remitió el IMSS, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

11. Oficio de remisión de queja de V2 del 21 de septiembre de 2018 de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas, en el que se adjuntó:

11.1 Escrito de queja de V2 de fecha 21 de septiembre de 2018, en el que relató la presunta atención médica inadecuada proporcionada a su hijo V1 en el HGZ11, que derivó en su deceso.

12. Acta Circunstanciada del 28 de septiembre de 2018, en la que se asentó la comunicación sostenida por personal de esta Comisión Nacional con V2, quien reiteró los hechos materia de la queja.

13. Oficio DJ/DH/0020538/2018, del 12 de diciembre de 2018, mediante el cual la Procuraduría Estatal informó a este Organismo Nacional que la Carpeta de Investigación, iniciada por el delito de homicidio el 5 de octubre de 2017, se encontraba en integración, adjuntando 96 fojas útiles de las constancias que la integran y de las que destacan las siguientes:

13.1 Razón de Aviso y Acuerdo de fecha 5 de octubre de 2017, elaborado por la Agente del Ministerio Público de Procedimiento Penal Acusatorio, adscrita a la Unidad General de Investigación 2 de la Procuraduría Estatal.

13.2 Acuerdo de Inicio de la Carpeta de Investigación del 5 de octubre de 2017.

13.3 Dictamen Médico de Necropsia, con folio 690/17, del 6 de octubre de 2017, suscrito por el Perito Médico Legista de la Coordinación Regional de Servicios Periciales de la Procuraduría Estatal, en el que se concluye como consecuencia de la muerte: “NO DETERMINADA”.

13.4 Acta de entrevista a AR2, del 5 de octubre de 2017, elaborada por un Agente de la Policía Investigadora adscrito a la Unidad General de Investigación número 2 de la Procuraduría Estatal.

13.5 Acta de entrevista a AR1, del 5 de octubre de 2017, elaborada por un Agente de la Policía Investigadora adscrito a la Unidad General de Investigación número 2 de la Procuraduría Estatal.

13.6. Oficio D.M. 509/2017, del 9 de octubre de 2017, por el que el Director del HGZ11 remitió copia certificada del expediente y del Certificado de Defunción de V1.

13.7 Oficio DIRECCIÓN/148/2017, del 9 de octubre de 2017, mediante la cual el Director Médico de la Unidad Médica Familiar 78, remitió una nota médica elaborada a las 18:08 horas del 3 de octubre de 2017, en la “UMF76 + UMAA”, en la que se diagnosticó *“Lumbalgia Contractura muscular Caída (accidental)”**, otorgándole incapacidad inicial por tres días a partir de esa fecha, considerando la lesión como enfermedad general.

13.8 Comparecencia de V2 de fecha 10 de octubre de 2017, ante la Agente del Ministerio Público de Procedimiento Penal Acusatorio adscrita a la Unidad General de Investigación 2 de la Procuraduría Estatal, en la que relató los hechos acontecidos a partir de las 03:00 horas del 4 de octubre de 2017.

13.9 Oficio 0745, del 9 de octubre de 2017, en el que el químico farmacobiólogo, perito en química de la Procuraduría Estatal, informó que no se realizó la técnica pericial de examen toxicológico a V1, ya que el cadáver *“fue preparado con técnicas de embalsamamiento imposibilitando utilizar las muestras biológicas para dichas pruebas”*.

13.10 Oficio con número de folio APGJ-03-18, del 21 de mayo de 2018, por el que el perito médico anatomopatólogo, remitió el dictamen patológico de 6 muestras (fragmento de cerebro, pulmón izquierdo, corazón, hígado, bazo y riñón derecho) de V1.

14. Oficio 095217614C21/3189 del 4 de diciembre de 2018, mediante el cual el IMSS rindió informe a esta Comisión Nacional y adjuntó los siguientes documentos:

14.1 Informe del 27 de noviembre de 2018, suscrito por el Director del HGZ11, respecto de la atención médica brindada a V1.

14.2 Certificado de Defunción con folio 1 123598, de V1, suscrito por AR2 el 4 de octubre de 2017, en el que se precisa como causa de la defunción *“Infarto agudo al miocardio”*.

14.3 Copia del Expediente Clínico integrado en la HGZ11, respecto de la atención médica brindada a V1 los días 4 y 5 de octubre de 2017.

14.4 Informe rendido por AR2, respecto de la atención médica otorgada a V1 en el HGZ11.

14.5 Informe rendido por la Jefa de Enfermeras del HGZ11, respecto de la intervención del personal de enfermería para la atención de V1 en dicho nosocomio.

14.6 Acuerdo emitido el 30 de enero de 2018, por el que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, determinó que no existía responsabilidad institucional en la queja presentada por los hechos que motivan la presente Recomendación.

14.7 Oficio 14.3/226/2018 de 2 de febrero de 2018, por el que se notificó a V2, el acuerdo emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, en el Expediente de Queja QD/TAM/1280-12-2017.

15. Oficio 095217614C21/3306 de 27 de diciembre de 2018, mediante el cual el IMSS adjuntó los siguientes documentos:

15.1 Nota médica de la atención otorgada a V1 a las 18:08, el 3 de octubre de 2017, elaborada en el consultorio 5 de la UMF76.

15.2 Oficio DIR.MED./0410/2018 del 5 de diciembre de 2018, suscrito por el Director de la UMF76 en Nuevo Laredo, Tamaulipas, por el que informó la atención otorgada a V1 en esa unidad médica el 3 de octubre de 2017. (Foja 170)

16. Acta Circunstanciada del 11 de junio de 2019, donde esta Comisión Nacional hizo constar la recepción de un correo electrónico enviado por la Procuraduría Estatal, a través del cual remitió copia del oficio DJ/DH/009211/2019, del 30 de

mayo de 2019, suscrito por el Director Jurídico de esa Procuraduría, en el que informó que la Carpeta de Investigación se encontraba en integración. (Foja 192)

17. Fe de Hechos del 13 de junio de 2019, en la que se hizo constar la recepción de un mensaje electrónico remitido por un abogado investigador adscrito a la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, por el que informó que no se contaba con notas médicas de enfermería, respecto del traslado de V1 desde su domicilio al HGZ11 de ese Instituto, dado que no fue realizado en ambulancia del IMSS.

18. Fe de hechos en la que se hizo constar la recepción de un mensaje electrónico remitido el 29 de julio de 2019, por el que la Procuraduría Estatal envió copia del oficio 3620, del 21 de junio de 2019, con la que la Carpeta de Investigación fue remitida por razón de competencia a la Fiscalía General de la República, la cual fue recibida el 12 de julio de 2019.

19. Opinión Médica de este Organismo Nacional sobre el caso de V1, emitida el 2 de agosto de 2019. (Foja 218 a 263)

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

20. Denuncia presentada por un familiar de V2 ante el Agente del Ministerio Público de la Procuraduría Estatal el 5 de octubre de 2017, debido a las características que presentaba el cuerpo de V1.

21. Derivado de ello, personal de dicha Procuraduría acudió a la funeraria por el cuerpo de V1; sin embargo, no fue posible realizar la necropsia ya que previo a ésta, se le practicó una deficiente técnica de preservación de cadáver y evisceración de las cavidades torácicas y abdominal.

22. El 10 de octubre de 2017, V2 ratificó la denuncia por el delito de homicidio en la Procuraduría Estatal, en contra de quien resulte responsable, misma que radicó con la Carpeta de Investigación y fue remitida por razón de competencia al Fiscal en Jefe de la Unidad de Investigación y Litigación y Enlace de la Subsele en Nuevo Laredo, Tamaulipas, de la Fiscalía General de la República, quien la recibió el 12 de julio de 2019.

23. El 21 de septiembre de 2018, V2 presentó una queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas, en la que denunció presunta negligencia médica por parte de personas servidoras públicas del HGZ11.

24. El 24 de septiembre de 2018, mediante oficio 794/2018-L, esta Comisión Nacional recibió por razón de competencia, la mencionada queja presentada el 21 del mismo mes y año, ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Tamaulipas, radicándose bajo el expediente CNDH/4/2018/7610/Q.

25. El 30 de enero de 2018, la comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS dictó un acuerdo dentro del Expediente de Queja, respecto del caso de V1, en el que se determinó que no existía responsabilidad institucional.

IV. OBSERVACIONES.

26. En atención a los referidos hechos y evidencias del expediente **CNDH/4/2018/7610/Q**, conforme al artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes, que acreditan las siguientes violaciones a los derechos humanos de V1, V2 y V3:

.- A la protección a la salud;

.- A la vida;

.- Inadecuada integración del expediente clínico.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

27. En el párrafo cuarto del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

28. La SCJN ha establecido que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: “[...] *el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, [...] para garantizar el derecho a la salud, es menester que proporcionen con calidad, [...] lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos*”¹.

29. Esta Comisión Nacional considera que tal derecho debe entenderse como la prerrogativa que la ciudadanía tiene para exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que “[...] *el desempeño de los servidores públicos de las 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 [...]*”².

30. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas ha definido el derecho a la protección de la salud “[...] *como*

¹ SCJN. “*Derecho a la salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud*”, Tomo XXIX, registro 167530, abril de 2009.

² CNDH. Recomendación General 15 “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, 23 de abril de 2009, párr. 36.

*un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud*³.

31. Por su parte el primer párrafo del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que “[t]oda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, [...] la salud y el bienestar, y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios [...]”.

32. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece en su artículo XI que “[t]oda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas [...] a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

33. El párrafo 1 de la mencionada Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como “[...] un derecho 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”.⁴

34. En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“*Protocolo de San Salvador*”), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, lo que se debe de entender como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar tal derecho.

³ ONU, Observación General 14, “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, mayo del 2000, párr. 9.

⁴ Ídem.

35. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas⁵, compuesta por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona, también reconocen que a fin de garantizar una adecuada atención médica, las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la mencionada Agenda en nuestro país.

36. Por su parte, la CrIDH en el “*Caso Vera Vera y otra vs Ecuador*”⁶ estableció que “[l]os derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana”.

37. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advirtió que el personal médico de la UMF76 y del HGZ11, en su calidad de garantes, omitieron brindar atención médica adecuada a V1, en desapego a lo ordenado en las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el párrafo primero del artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, lo que se tradujo en la violación a su derecho humano a la protección de la salud y su consecuente pérdida de la vida de V1; situación que será acreditada más adelante.

⁵ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “*Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*”.

⁶ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 por inadecuada atención médica.

A.1.1 Atención médica a V1 en la UMF76.

38. A las 18:08 horas del 3 de octubre de 2017, V1 acudió a la UMF76, toda vez que presentó dolor en la espalda; de acuerdo con la nota médica elaborada por AR1, el paciente refirió que: ese mismo día, mientras se encontraba laborando tuvo una “caída” accidental desde un metro de altura, sufriendo contusión en la espalda, lo que le generó un dolor local que aumentaba con el movimiento.

39. En la misma nota, AR1 estableció los diagnósticos de lumbalgia, contractura muscular por “caída” (accidental), otorgando incapacidad inicial por 3 días. Por lo que refiere al tratamiento farmacológico prescrito por AR1, se advierte la administración de “orfenadrina” 60 mg, “ketorolaco” 60 mg, “dexametasona” a 8 mg, “diclofenaco” 100 mg, “paracetamol” 500 mg, “ranitidina” 150 mg, con revaloración y seguimiento a la brevedad por médico familiar.

40. En relación con la “caída” diagnosticada por AR1, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional señala que, la diferencia entre una “caída” y una “precipitación” consiste en que la primera ocurre en el mismo plano de sustentación, es decir, desde el mismo lugar en el que se permanece hacia el suelo contra su voluntad. Mientras que la “precipitación” se produce cuando lo que cae se encuentra en un plano diferente al de sustentación, es decir, lo que cae se encuentra elevado.

41. Con base en lo anterior, se observa que V1, contrario a lo asentado por AR1, sufrió una “precipitación” y no una “caída”, dado que el accidente no ocurrió sobre su mismo plano de sustentación, sino que la “precipitación” ocurrió desde aproximadamente un metro de altura; situación que tiene relevancia dado que en las precipitaciones el daño interno puede ser severo y los traumatismos esqueléticos varían de acuerdo con el modo en que la víctima recibe el impacto, tal y como se

precisa en la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional para el presente caso. A ello se suma que, al tratarse de una persona que medía 1.76 metros y pesaba 93 kilogramos, AR1 debió considerar tales características, dado que éstas incrementaron la fuerza de su “*precipitación*” y en consecuencia el grado del daño.

42. Como se desprende de la nota médica del 3 de octubre de 2017, así como del análisis y conclusión plasmada en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se tiene que de la exploración física efectuada por AR1, así como la información obtenida durante el interrogatorio a V1, el médico emitió el diagnóstico de *lumbalgia*⁷ y *contractura muscular*⁸, siendo omiso en interrogar al paciente sobre la irradiación del dolor y presencia de síntomas neurológicos, además de que no exploró el signo de *Lassegue*⁹, ni evaluó la sensibilidad, fuerza muscular y los arcos de movimiento de la columna lumbar; todo ello en inobservancia de lo recomendado para estudiar el dolor lumbar y que se encuentra plasmado en la “*Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención*”.

43. En la misma forma, AR1 omitió solicitar radiografías de la columna lumbar, con la finalidad de descartar alteraciones en las curvaturas de la columna, fracturas, desplazamientos, alteraciones de tejidos blandos, así como identificar signos de déficit neurológico -alteraciones de la sensibilidad, movilidad y fuerza-, entre otras alteraciones, tal y como lo recomienda la mencionada “*Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención*”.

⁷ “*Dolor lumbar de variada etiología*”. Diccionario de Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Editorial Epsa, Madrid 2001.

⁸ Endurecimiento sostenido de un músculo o un grupo muscular con pérdida de su elasticidad.

⁹ Maniobra de Lassegue: Prueba clínica que se realiza con el paciente en decúbito dorsal, flexionando la cadera de la extremidad afectada, con la rodilla en extensión, de manera progresiva y lenta, se considera positivo en caso de dolor agudo irradiado hacia la pierna en la flexión de cadera/pelvis entre 30 y 60 grados. (Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención, 2009).

44. De acuerdo con el apartado 4.3.1 de la Guía señalada, AR1 también fue omiso al no solicitar se practicaran estudios de laboratorio a V1, como biometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular, electrolitos séricos, entre otros estudios específicos, para determinar si la causa de la lumbalgia era de origen nervioso¹⁰, por enfermedad sistémica específica¹¹ o asegurarse si su origen era indeterminado. Lo que se traduce en que AR1, no contó con todos los estudios complementarios y valoración médica especializada del Servicio de Traumatología y Ortopedia, elementos necesarios para determinar de manera adecuada el origen real del dolor lumbar (neurológico, traumático o por enfermedad general), centrando su tratamiento para atender el dolor que V1 presentaba en la espalda.

45. Al respecto, aun cuando la *“Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención”*, recomienda utilizar paracetamol como primera elección, antiinflamatorios no esteroideos y un protector de la mucosa gástrica para el tratamiento de dolor lumbar, en el presente caso, AR1 indicó medicamentos analgésicos y antiinflamatorios, sin haber diagnosticado de manera correcta la causa del dolor a través de una adecuada exploración física para descartar alteraciones neurológicas o traumáticas, así como por medio de un estudios radiológicos, o algún padecimiento sistémico a través de pruebas de laboratorio, por lo que es posible determinar que AR1 no estableció correctamente la causa del dolor y el tratamiento brindado a V1 lo expuso a las complicaciones del propio padecimiento.

A.1.2 Atención de V1 en el HGZ11.

46. De acuerdo con lo expuesto en la queja, el 4 de octubre de 2017, aproximadamente a las tres de la mañana, V2 encontró a su hijo V1 gritando y tirado en el piso de su casa, debido a un dolor en la espalda que no le permitía caminar, por lo que alrededor de las 04:00 horas una ambulancia de Protección Civil lo

¹⁰ Radiculopatía por compresión o lesión nerviosa

¹¹ Neoplasia, fractura, osteoporosis, infección, metabólica

trasladó al HGZ11, ingresando al área de urgencias en donde presuntos “médicos practicantes” únicamente dieron a V1 una bolsa de papel y le pusieron oxígeno; momentos en los que V1 se encontraba consciente e incluso usaba su teléfono celular.

47. Posteriormente lo llevaron a un cuarto del área de urgencias donde nadie se acercó a él y sólo recibió la visita de presuntas personas “practicantes”, quienes le suministraron suero. Mientras se encontraba en dicha habitación, V1 comentó a su madre que no sentía sus manos, por lo que ésta solicitó ayuda al médico de guardia, sin embargo, éste no acudió a ver al paciente. Alrededor de las 05:00 horas, le revisaron su “nivel de azúcar” e informaron que le harían radiografías, sin embargo, al momento de efectuar éstas, V1 vomitó en dos ocasiones; personal del hospital dijo a V2 que hablarían con un médico para que *“leyera las radiografías”*, ya que las “máquinas” no servían y *“no habían salido las radiografías”*.

48. V2 agregó que en diversas ocasiones, V1 le dijo tener la sensación que se ahogaba, por lo que solicitó la presencia de un médico sin que alguien le hiciera caso. V1 pidió hablar con su padre V3, por lo que V2 salió y esperó afuera durante 20 – 25 minutos, mientras padre e hijo platicaban. Posteriormente, V1 *“pidió a su padre que llamara a su madre, pero que antes, le diera la bendición; al salir de la habitación, casi al cruzar la puerta, [V3] se dio cuenta que un médico presionaba el pecho de su hijo [...] para darle los primeros auxilios y, a las 7:00 horas, les informaron que había muerto”,* y *“lo único que les dijeron es que había muerto de un infarto”*.

49. Según el relato de V2, se contrató los servicios de una funeraria, quien se llevó el cuerpo de V1 de las instalaciones del IMSS para ser velado, momento en el que vio que el cuerpo de su hijo *“estaba hinchado y echaba agua con sangre por lo oídos, los ojos y la nariz”*. Debido a ello, el 5 de octubre de 2017, el sobrino de V2 presentó una denuncia ante el Agente del Ministerio Público y personal de la Procuraduría Estatal se llevó el cuerpo de V1, para tomar muestras y analizarlas.

50. Con la finalidad de analizar los hechos ocurridos en la madrugada del 4 de octubre de 2017 en el HGZ11, a continuación se analiza el contenido de la “Nota Médica Urgencias” que obra en el expediente clínico integrado hecho llegar a esta Comisión Nacional por el nosocomio referido, así como aquella nota integrada en la Carpeta de Investigación de la Procuraduría Estatal:

| EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRADO EN LA CARPETA DE INVESTIGACIÓN | EXPEDIENTE CLÍNICO ENVIADO POR EL IMSS A LA CNDH | IRREGULARIDAD |
|--|--|---------------|
| Folio 37 Afiliación nombre, domicilio UMF, Consultorio y edad de V1 | Folio 37 Afiliación nombre, domicilio UMF, Consultorio y edad de V1 | N/A |
| Firma ilegible 04:00 | Firma ilegible 04:00 | N/A |
| <i>Calificación de Triage Amarillo y verde</i> | <i>Calificación de Triage Amarillo y verde</i> | N/A |
| <i>TA 180/80 FC 120 X'FR 20 X'TEMP 36.3 °C Destroxitis 180 mg/dl</i> | <i>TA 180/80 FC 120 X'FR 20 X'TEMP 36.3 °C Destroxitis 180 mg/dl</i> | N/A |

| EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRADO EN LA CARPETA DE INVESTIGACIÓN | EXPEDIENTE CLÍNICO ENVIADO POR EL IMSS A LA CNDH | IRREGULARIDAD |
|---|---|---|
| <p>Nota de 4/10/17</p> <p>Sin hora de elaboración</p> | <p>Nota de 4/10/17</p> <p>Hora de elaboración: <u>04:15</u></p> | <p>La hora de la supuesta elaboración de la nota.</p> |
| <p><i>Paciente el cual es traído por presentar parestesia ascendente</i></p> | <p><i>Paciente el cual es traído por presentar parestesia ascendente</i></p> | <p>N/A</p> |
| <p><i>Antecedentes: negados</i></p> | <p><i>Antecedentes: negados <u>toxicomanías a anfetaminas para viajar en el tráiler</u></i></p> | <p>Información diversa respecto de una presunta toxicomanía</p> |
| <p><i>PA Refiere llevar 3 días aprox con la parestesia en MSPS siendo ascendente a las extremidades y tórax por la noche refiere en Ms Ts</i></p> | <p><i>PA Refiere llevar 3 días aprox con la parestesia en MSPS siendo ascendente a las extremidades y tórax por la noche refiere en Ms Ts</i></p> | <p>N/A</p> |
| <p><i>EF. Paciente masculino de 26 años que es traído en camilla consciente, ansioso, facies de angustia, hidratado, buena coloración de tegumentos, Cs PS ventilados Rs Cs rítmicos taquicárdicos, abdomen sin datos <u>patológicos,</u></i></p> | <p><i>EF. Paciente masculino de 26 años que es traído en camilla consciente, ansioso, facies de angustia, hidratado, buena coloración de tegumentos, Cs PS ventilados Rs Cs rítmicos taquicárdicos, abdomen sin datos <u>patológicos,</u></i></p> | <p>N/A</p> |

| EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRADO EN LA CARPETA DE INVESTIGACIÓN | EXPEDIENTE CLÍNICO ENVIADO POR EL IMSS A LA CNDH | IRREGULARIDAD |
|--|---|--|
| <i>extremidades íntegras disminución de la fuerza en Ms Ts con sensibilidad presente en Ms PS pérdida de la fuerza con sensibilidad presente</i> | <i>extremidades íntegras disminución de la fuerza en Ms Ts con sensibilidad presente en Ms PS pérdida de la fuerza con sensibilidad presente</i> | |
| <i>IDX Urgencia hipertensiva / ataque de ansiedad</i> | <i>IDX Urgencia hipertensiva / ataque de ansiedad / <u>Radiculopatía /Pb hipocalemia</u></i> | Información diversa respecto del diagnóstico de "Radiculopatía /Pb hipocalemia" |
| <i>Pronóstico ligado a ev Plan 1) Captopril 25 mg VO DU 2) Ventilar con una bolsa 3) Bh Qs Es Rx columna Firma AR2</i> | <i>Pronóstico ligado a ev Plan 1) Captopril 25 mg VO DU 2) Ventilar con una bolsa 3) Bh Qs Es Rx columna <u>tórax Rx</u> Firma AR2</i> | Información diversa respecto del Plan 3) "[...] tórax Rx". |
| (No se aprecia nota médica alguna) | <u>Fecha 04/10/17</u> <u>07:00</u> <u>TA 140/80</u> <u>FC 90X´</u> <u>Se obtiene lab solicitados presentando hipocalemia</u> | Información diversa que no está contenida en el expediente clínico integrado en la carpeta de investigación y que si se distingue en el expediente clínico hecho llegar a esta |

| EXPEDIENTE CLÍNICO INTEGRADO EN LA CARPETA DE INVESTIGACIÓN | EXPEDIENTE CLÍNICO ENVIADO POR EL IMSS A LA CNDH | IRREGULARIDAD |
|---|--|-------------------------------|
| | <p><u><i>severa de 1.3, se inicia reposición de potasio</i></u></p> <p><u><i>IDX hipocalemia severa</i></u></p> <p><u><i>Firma AR2</i></u></p> | Comisión Nacional por el IMSS |

51. Como es posible distinguir en el cuadro anterior, se puede concluir que existen alteraciones en la información contenida en las copias certificadas que fueron entregadas a esta Comisión Nacional y las contenidas en la Averiguación Previa, mismas que fueron entregadas por el IMSS.

Valoración de V1 a su ingreso al HGZ11.

52. Esta Comisión Nacional observa que de las notas médicas analizadas, no se especifica el personal médico que recibió a V1 al HGZ11 luego de su traslado en ambulancia de protección civil; tampoco hay reporte de dicha unidad como parte de las constancias que integran el expediente clínico en estudio, por lo que se desconoce la condición clínica y circunstancias en las que se encontró al paciente en su domicilio, las posibles alteraciones que presentó durante el traslado, el manejo inmediato que se le otorgó y el estado de salud que presentó al momento de su ingreso al citado nosocomio, incumpliendo con esto la NOM-004-SSA3-2012 “*Del expediente clínico*”.

53. V1 fue recibido en el Servicio de Urgencias del HGZ11, por personal médico, quien en la nota médica no especificó su nombre y sólo estamparon sus firmas;

dicho personal era el encargado de clasificar el Triage de V1, de acuerdo con la “*Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel*” del Gobierno Federal, que menciona que el Triage es una escala de gravedad que permite establecer un proceso de valoración clínica preliminar a los pacientes, antes de la valoración, diagnóstico y terapéutica completa en el servicio de urgencias, lo que contribuye a que la atención sea adecuada, limitando el daño y las secuelas, y en caso de saturación en el servicio o falta de recursos, dará prioridad en la atención por el nivel de urgencia¹².

54. Dicha Guía describe que el proceso de asignación de la prioridad no debe consumir más de cinco minutos, lapso en el que se debe valorar, primero, la vía aérea, ventilación y circulación; segundo, motivo de la urgencia (con un interrogatorio dirigido a que de manera específica y de inmediato, identifique la causa principal de solicitud de consulta), tercero, evaluar los signos vitales, y cuarto, asignar el área de urgencias de acuerdo a la prioridad del paciente¹³.

55. Fue así que en la primera exploración física para determinar el Triage a las 04:00 horas, se encontró a V1 con hipertensión de 180/80, taquicardia de 120 latidos por minuto y con niveles de glucosa capilar elevados, destroxitis 180 mg/dl, parámetros de glucosa que ameritaban estudio y control (ya que V1 no se conocía diabético), signos vitales que ameritaban estudio y manejo inmediato. De dicha evaluación, el servicio de urgencias clasificó a V1 con un Triage amarillo, nivel que indica una urgencia calificada y debe pasar a la sala de observación porque su condición es susceptible de deterioro, llegando a poner en pliego su vida o la función, y debió de ser atendido en los primero 30 a 60 minutos¹⁴.

¹² Guía de Practica Clínica de Referencia Rápida “*Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel*”. Consejo Nacional de Salubridad.

¹³ *Idem.*

¹⁴ *Idem.*

56. Una vez que V1 fue ingresado, AR2 estableció en su nota médica de fecha 4 de octubre de 2017, que el paciente al ser interrogado refirió tener sensaciones anormales y espontáneas, como hormigueo (parestesias); precisó que el paciente al ser interrogado, refirió tener tres días aproximadamente con dichos síntomas, los cuales fueron ascendiendo en su cuerpo y esa noche fueron perceptibles en las extremidades superiores (brazos, antebrazos y manos) y en el tórax.

57. AR2 omitió cuestionar al paciente sobre el motivo de la urgencia, al no realizar un interrogatorio a V1 respecto de los tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y/o tradicionales, tal y como lo establece el punto 6.1.1 de la NOM-004-SSA3-2012 “*Del expediente clínico*”, respecto de los requisitos mínimos que debe de contener la historia clínica.

58. Se destaca que en la “Nota Médica Urgencias” que obra en la Carpeta de Investigación de la Procuraduría Estatal fechada el 4 de octubre de 2017, hecha llegar a esta Comisión Nacional, se observa que AR2 asentó: “*Antecedentes Negados*”. Por otro lado, en la “misma” nota enviada por el IMSS a esta Comisión Nacional, además del texto “Antecedentes Negados”, se puede observar: “*toxicomanías a anfetaminas para viajar en el tráiler*”.

59. Al respecto, esta Comisión Nacional no cuenta con evidencia de que AR2 realizara un interrogatorio adecuado sobre el presunto consumo de anfetaminas, para conocer su evolución, frecuencia, cantidad, último consumo, entre otras; con el fin de determinar si V1 era dependiente o usuario de dicha sustancia, y poder establecer su tolerancia y abstinencia, dejando de observar con tales omisiones lo previsto en la Guía de Práctica Clínica “*Prevención, Detección y Consejería en Adicciones para Adolescentes y Adultos en el Primer Nivel de Atención*”. A su vez, en la exploración física tampoco determinó si se encontraba o no intoxicado, ni describió su grado su orientación, memoria, estado de hidratación, reflejos y coordinación y, no solicitó un examen toxicológico en orina.

60. Por otra parte, de acuerdo con la “Nota Médica Urgencias” firmada por AR2, V1 ingresó con tensión arterial alta de 180/80, parámetro que de acuerdo a la “*Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de las Crisis Hipertensivas en Adultos en los Tres Niveles de Atención*”, corresponde a una crisis hipertensiva por contar con una elevación grave de la presión arterial sistólica, lo que implica una elevación súbita de la presión y en consecuencia un pronóstico delicado ante el riesgo de daño agudo a órganos blancos (encefalopatía hipertensiva, infarto al miocardio, por mencionar algunos).

61. Durante la exploración física de V1, además de encontrarlo con hipertensión, se detectó una taquicardia y niveles de glucosa capilar elevados, los cuales son signos vitales sugestivos de daño cardiovascular; ante estos, AR2 omitió observar que la “*Guía de Práctica Clínica Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención*” establece que, a un paciente con probable patología cardiovascular, se le debe realizar de forma inmediata un electrocardiograma complementario para determinar de manera adecuada su estado de gravedad y su área de atención.

62. Tal y como se precisa en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, AR2, ante la sintomatología que presentaba V1, fue omiso en identificar los signos de vasoespasmo asociados con las cifras de tensión arterial altas. Tampoco existen constancias de que dicho médico haya explorado el fondo de ojo del paciente para detectar lesiones asociadas con un evento vascular cerebral y/o retinopatía hipertensiva, sugestivas de infarto, como lo recomienda la “*Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de las Crisis Hipertensivas en Adultos en los Tres Niveles de Atención*”, por lo que resulta evidente que el interrogatorio y valoración médica inicial de V1 no fue completa ni adecuada, omisión que incrementó su riesgo de mortalidad, debido a que la crisis hipertensiva al no ser evaluada y tratada de forma adecuada y oportuna, es una condición que pone en peligro la vida.

Diagnóstico de V1 en el HGZ11.

63. De acuerdo con la “Nota Médica Urgencias” remitida por el IMSS, AR2 determinó haber encontrado a V1 con los diagnósticos de urgencia hipertensiva, ataque de ansiedad, radiculopatía y probable hipocalcemia; diagnósticos que consideró de manera aislada; sin embargo, en su conjunto correspondían a un cuadro clínico de una persona con potasio menor de 2.5 mEq/l, es decir, un descenso del potasio en la sangre (hipocalcemia), trastorno que no estudió de forma completa y oportuna con un electrocardiograma, para descartar arritmias cardíacas, ni trató de forma inmediata para disminuir su riesgo de mortalidad.

64. Una vez establecido el anterior diagnóstico, a las 04:15 del 4 de octubre de 2017, AR2 estableció como plan de tratamiento: 25 miligramos de captopril por vía oral (dosis única), ventilar con una bolsa, biometría hemática, química sanguínea y estudios de gabinete de rayos x de columna y torax.

65. AR2, ante el estado urgente del paciente, omitió indicar el monitoreo de sus signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, glucosa capilar y evaluarlo neurológicamente por medio de la escala de Glasgow), como lo recomienda la “*Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer nivel*”.

66. Respecto de la indicación de administrar 25 miligramos de captopril, el cual es un fármaco antihipertensivo que no es recomendado como primera elección para el manejo de una crisis de presión arterial alta, la Opinión Médica de esta Comisión Nacional observó que AR2 debía evitar el riesgo de disminuir súbitamente la presión arterial de V1, ya que tal medicamento tiene como consecuencia la hipoperfusión (disminución del flujo de sangre que pasa por un órgano) y edema del lecho cerebral, coronario y renal; debiendo haber prescrito una infusión de nitroprusiato de sodio, el cual disminuye de manera paulatina la presión arterial, en dosis que se

debe de estimar de acuerdo al peso del paciente. A ello se suma que AR2 omitió indicar la monitorización de la presión arterial cada 5 minutos y la realización de un examen general de orina. Todo lo anterior, tal y como lo recomienda la *“Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de las crisis hipertensivas en adultos en los tres niveles de atención”*.

67. A las 07:00 horas, AR2 anotó que V1 presentó cifras de tensión arterial y frecuencia cardiaca dentro de parámetros normales¹⁵, y precisó que contaba con el resultado de los estudios de laboratorio previamente solicitados, los cuales reportaron *“hipocalemia severa de 1.3”*, por lo que anotó *“se inicia reposición de potasio”*, sin que precisara la presentación, dosis, vía y periodicidad de su administración, tal y como lo establece la *NOM-004-SSA3-2012 “Del expediente clínico”*. Aunado a ello, de acuerdo con el contenido de la *“Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería”*, no existe evidencia de que haya sido administrado potasio al paciente.

68. El mismo 04 de octubre de 2017, en la nota médica de las 07:20 horas, ante la presencia de signos graves de hipertensión, taquicardia, ansiedad, angustia y alteraciones neuro-musculares, que no fueron estudiados y tratados de forma adecuada y oportuna, AR2 describió que el paciente de forma súbita cayó en paro cardiorrespiratorio, por lo que fue trasladado al área de choque en donde le proporcionaron maniobras de reanimación básicas, consistentes en compresiones torácicas y ventilación, además se le administró un ampula de adrenalina con la finalidad de revertir la función cardiaca, sin obtener respuesta favorable, por lo que después de dos minutos de no encontrar pulso, realizó maniobras avanzadas de reanimación colocándole un tubo endotraqueal para ventilarlo y le administró por segunda vez una ampula de adrenalina y una de atropina con intervalos de dos minutos, sin encontrar respuesta cardiaca o cambios electrocardiográficos. Por lo

¹⁵ Tensión Arterial 140/80, frecuencia cardiaca 90 latidos por minuto.

que al encontrar a V1 sin presencia de signos vitales, asentó su fallecimiento a las 07:10 horas.

69. En la misma nota médica, señaló que confirmó la ausencia de la actividad cardiaca con un trazo de electrocardiograma y determinó infarto agudo al miocardio de 20 minutos de evolución. Situación que conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, dicha falla cardiaca fue secundaria a la disminución de sus niveles de potasio, pérdida que no fue repuesta de forma adecuada y oportuna, por lo que es posible reiterar que su valoración y manejo fueron inadecuados, permitiendo que el padecimiento evolucionara hasta su deceso, el cual pudo ser predecible de haberse realizado las acciones adecuadas y adoptado las medidas preventivas con la prontitud necesaria para evitar riesgo en salud.

70. Por lo anteriormente expuesto, esta Comisión Nacional cuenta con elementos para determinar que existe una vulneración al derecho de la protección a la salud de V1, por la inadecuada atención médica proporcionada por AR2, la cual ha sido desarrollada en el presente apartado.

B. DERECHO A LA VIDA

71. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos nacionales como internacionales, por tanto, corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

72. La SCJN ha determinado que “[e]l 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 [...].¹⁶ (Énfasis añadido).

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

74. La CrIDH ha establecido que “[...] *es un derecho humano fundamental [...] De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. [...] comprende, no sólo el derecho [...] de no ser privado de la vida [...], sino [...] también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones [...] para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él [...]*”¹⁷, asimismo, “[...] *juega un papel fundamental [...] por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos [...]*”.¹⁸

75. Este Organismo Nacional ha sostenido que “[...] *existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido, destacan la ‘Declaración de Ginebra’ adoptada por la*

¹⁶ Tesis constitucional. “*Derecho a la vida. supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado*”. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011 y registro 163169.

¹⁷ CrIDH. “*Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala*”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párr.144.

¹⁸ CrIDH. “*Caso Familia Barrios vs. Venezuela*”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, párr. 48.

Asociación Médica Mundial en 1948, el ‘Código Internacional de Ética Médica’ adoptado por dicha Asociación Médica Mundial en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”¹⁹.

76. En el mismo sentido, la CrIDH reconoce que el derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud, tienen la profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana²⁰.

77. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por AR2 del HGZ11, constituyen el soporte que acredita la violación a su derecho humano a la vida.

B.1. Violación al derecho humano a la vida de V1.

78. Tal y como se ha precisado, desde la primer valoración de V1 en la UMF76 a las 18:08 horas del día 3 de octubre de 2017, hasta el momento de su deceso a las 07:10 horas del 4 de octubre de 2017 en el HGZ11, éste recibió una inadecuada e inoportuna atención médica por parte de AR1, y AR2, al momento de efectuar su valoración y diagnóstico, así como al proporcionarle cuidados y tratamiento; incumpliendo lo previsto en los artículos 1º, 2º fracciones I y V; 3º fracción I, 23, 24, fracción I, 27 fracción III, 32, 33 fracciones I y II, 34, fracción II, 37, 50 y 51 primer párrafo, de la Ley General de Salud.

79. En el mismo sentido, tomando en consideración que la “urgencia” se entiende como *“todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida [...] y*

¹⁹ CNDH. Recomendación 75/2017, párr. 61

²⁰ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párr. 117.

*que requiere atención inmediata*²¹, se afirma que la hipocalcemia o hipopotasemia, sumado a la condición hipertensiva de V1, condicionaron su estado urgente de salud general, toda vez que AR2 no le aseguró las mejores condiciones de atención, cuidado y tratamiento, lo cual vulneró su derecho humano a la salud y que posteriormente derivó en la pérdida de la vida.

80. AR2, al momento de recibir a V1 en el HGZ11, clasificó de manera errada el padecimiento que aquejaba a éste, lo que ocasionó que desde su ingreso no recibiera la atención adecuada y oportuna, prevista en la *“Guía de Práctica Clínica Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención”*, provocando su sensible deterioro de salud.

81. De igual forma, durante la estancia de V1 en el HGZ11, la cual transcurrió el 4 de octubre de 2017, de las 04:00 horas hasta el momento de su fallecimiento a las 07:10 horas, fue interrogado, valorado, diagnosticado, atendido y tratado por AR2, sin que en su actuar haya procurado el beneficio, cuidado y seguimiento que V1 precisaba; tampoco le otorgó con oportunidad y acierto el tratamiento que requería, lo que generó que finalmente V1 falleciera, trasgrediendo con ello el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica; apartado legal del que deriva su responsabilidad al no haber dado a V1 una atención de salud profesional, idónea, oportuna y de calidad para su sobrevivencia.

82. En este tenor, se distingue que AR2 inobservó los artículos 7 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, en los que se establece que los médicos serán directa e individualmente responsables de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores, ya que, en el caso particular, al no haber efectuado un ejercicio clínico apegado a altos

²¹ Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013. *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”*. Secretaría de Salud. Punto 4.1.1

estándares de calidad, impidieron la efectividad del derecho a la protección a la salud de V1.

83. AR2 También pasó por alto lo previsto en el cuarto párrafo de artículo 4º constitucional, donde se reconoce que el Estado debe satisfacer eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restablecer la salud de las personas. En el presente caso AR2 omitió considerar el estado de urgencia de V1; particularmente omitió valorar y realizar con diligencia los estudios clínicos para detectar y confirmar de manera temprana sus padecimientos y así determinar las acciones subsecuentes que evitaran el deterioro de su estado de salud.

84. Lo anterior resulta evidente de acuerdo con la “Nota Médica Urgencias” y la “Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería”, ambas del 4 de octubre de 2017, en las que consta que V1 presentaba signos graves de hipertensión, taquicardia, ansiedad, angustia y alteraciones neuromusculares (derivadas de la hipocalcemia o hipopotasemia que le afectaba), lo que ocasionó que de manera súbita, alrededor de las 06:45 horas, cayera en paro cardiorrespiratorio, siendo trasladado al área de choque en donde le proporcionaron las maniobras de reanimación básicas y se le administró el medicamento ya descritos en el párrafo 68 que antecede. Ante la ausencia de signos vitales, AR2 determinó que el paciente falleció a las 07:10 horas, confirmando la ausencia de la actividad cardíaca con un trazo de electrocardiograma.

85. En la misma fecha, AR2 a las 07:20 horas, en una nota médica anotó las maniobras realizadas para la reanimación de V1, y asentó que presentó como causa de muerte: “*infarto agudo al miocardio de 20 minutos hipocalcemia*”.

86. No obstante, de manera diversa, en el Certificado de Defunción asentó exclusivamente como enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente: “*a) Infarto agudo al miocardio 20 minutos*”.

87. No pasa desapercibido para esta Comisión Nacional que la falla cardiaca de V1, fue secundaria al bajo nivel de potasio, pérdida que no fue atendida de forma adecuada y oportuna por AR2, por lo que se reitera que su valoración y manejo fueron inadecuados, lo que ocasionó que el padecimiento de V1 evolucionaria hasta su deceso.

88. Fortalece lo anterior, el resultado del estudio histopatológico de los fragmentos de órganos de V1, realizado por el área pericial de la Procuraduría Estatal el 21 de mayo de 2018, en el que, respecto al fragmento de corazón estudiado, concluyó que presentó “*congestión vascular, infiltración grasa intrafibra muscular cardiaca*”, y lo describió “*el tejido muscular cardiaco con fibras musculares cardiacas sin alteraciones patológicas*”, sin la observación de que éste presentara zonas de necrosis, lo que significa que si bien el cese de la función cardiaca fue el proceso que terminó con la vida de V1, éste derivó de una lesión o enfermedad sistémica específica, es decir, hipopotasemia o hipocalemia, por lo que el afirmar que el infarto fue la única lesión que generó la muerte de V1, es una consideración errada.

89. Al respecto, en el resultado de estudio histopatológico referido, el perito analizó además de un fragmento del corazón de V1, fracciones de cerebro, pulmón, hígado, bazo y riñón, encontrando por su importancia, lo siguiente:

- a.** Parénquima²² cerebral con datos de edema severo y congestión vascular;
- b.** El parénquima pulmonar del lado izquierdo, con congestión vascular, edema y eritrocitos a nivel intraalveolar;

²² “*Tejido propio de un órgano (sostenido por la red trabecular de mesénquima)*”. Definición obtenida del Diccionario Médico versión internet. Clínica Universidad de Navarra. Consultado el 26 de agosto de 2019: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/parenquima>

- c. El tejido hepático con alteraciones de conservación, por lo que, no pudo realizar su interpretación;
- d. El bazo congestivo y con datos de hemorragia parenquimatosa;
- e. El riñón derecho congestivo.

90. De acuerdo con la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, de lo anterior es posible mencionar que los fragmentos estudiados, se encontraron con interrupción en su circulación sanguínea, evidente por la congestión generalizada en todas las muestras, además de edema en el cerebro, hemorragia en pulmón izquierdo y bazo, alteraciones secundarias a la ruptura de vasos y alteraciones de la permeabilidad celular, que derivó en el déficit de potasio (hipopotasemia severa), el cual generó de forma específica la pérdida del control del volumen celular, con su consecuente daño: pérdida del control de líquido dentro y fuera de las células de órganos vitales (cerebro, corazón, pulmón y riñón); deficiencia que ocasionó edema y hemorragia, y causa directa del cese de las funciones vitales de V1, lo que provocó su muerte.

91. Por lo tanto, AR2 incumplió en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27 fracción III, 33 fracción II, 51 y 77 bis 37 fracciones I y XII de la Ley General de Salud, que en términos generales establecen que todo usuario tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, lo cual incluye la “*atención de urgencias*” y las actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico temprano del paciente y de esta manera se le proporcione un tratamiento oportuno, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones expuestas, resultando la pérdida de la vida de V1.

C. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

92. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió que la “Nota Médica Urgencias” y de enfermería del HGZ11, se encontraron ilegibles y con abreviaturas.

93. Por tanto, las personas servidoras públicas que llenaron las notas referidas, infringieron los puntos 4.4, 5.1, 5.2, 5.2.1, 5.2.3, 5.3, 5.8, 5.9, 5.10, 5.11, 5.13, de la NOM-004-SSA3-2012 *“Del expediente clínico”*, que prevén la obligación de las y los prestadores de servicios de atención médica de cualquier establecimiento público o privado, para la debida integración y conservación del expediente clínico, las formalidades que deben tener las notas médicas, de entre lo que se destaca: fecha, hora, firma autógrafa, electrónica o digital, lenguaje técnico-médico, letra legible, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras.

94. Otro aspecto que se valoró en la referida opinión médica, es que AR2, el día 4 de octubre de 2017, a las 07:00 horas, describió que contaba con el resultado de los estudios de laboratorio previamente solicitados, pero no reportó el resultado de los estudios de rayos X de columna y de tórax, con lo cual inobservó el punto 8.3 de la NOM-004-SSA3-2012 *“Del expediente clínico”*, en el cual se establece la obligación de asentar las notas cuando menos una vez por día.

95. Resulta importante resaltar el hecho de que la “Nota Médica Urgencias” enviada por el IMSS a la Procuraduría Estatal para la integración de la Carpeta de Investigación, y la nota aportada a esta Comisión Nacional, no coinciden, siendo evidente su alteración, lo que deberá investigarse a fin de deslindar responsabilidades.

96. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de las y los

pacientes y su historial clínico detallado para un adecuado tratamiento; con dichas irregularidades se vulnera el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de su atención médica en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

97. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012 "*Del expediente clínico*", ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia sobre los antecedentes de las y los usuarios de los servicios médicos.

98. A pesar de tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, aun cuando es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma.

99. En el caso particular, AR1 y AR2, incumplieron con lo previsto en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos, así como con los artículos 303 y 303 inciso A), de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, y si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el presente caso no ocurrió.

D. RESPONSABILIDAD.

100. Este Organismo Nacional considera que las conductas y omisiones atribuidas a AR1 y AR2 evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por la autoridad correspondiente, de conformidad con los artículos 7 y 8, fracciones I, IV, XVIII y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos vigente al momento de los hechos.

101. Cabe señalar que en el presente caso, dio lugar a la integración de un Expediente de Queja, en el cual una vez analizado, el 30 de enero de 2018, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, determinó que: “*No existe responsabilidad institucional ni porfesional*”, al afirmar en el punto Tercero de su análisis, lo siguiente: “[...] **la atención brindada a ésta**, no puso en riesgo, en ningún momento, la salud o su vida, pues al contrario, se actuó de manera oportuna, a efecto de que recibiera la atención médica integral que se consideraba apropiada, de acuerdo a los Protocolos y Guías Médicas citados para su padecimiento [...]”. (énfasis añadido)

102. Declarándola, finalmente “[...] *IMPROCEDENTE desde el punto de vista médico en **Servicios Médicos Privados***” (énfasis añadido); determinación que no se ajusta al caso, en virtud de que V1 era hombre y además, no obra constancia de que hubiese sido atendido en algún momento a nivel privado.

103. Ahora bien, la responsabilidad de AR1, deviene de la inadecuada valoración, diagnóstico y tratamiento que otorgó al paciente en la UMF76 el 3 de octubre de 2017, que si bien, no incidió directamente en la pérdida de la vida de V1, si fue un factor que contribuyó para que su estado de salud no mejorara, al no procurar allegarse de elementos científicos y técnicos adicionales que le permitieran conocer la etiología del dolor que aquejaba a V1.

104. Por lo que hace a AR2, su responsabilidad deviene de la falta de diligencia con la que se condujeron al momento de recibir a V1 en el área de urgencias del HGZ11, y en la clasificación de Triage, tal y como quedó acreditado.

105. Se suma a lo anterior la responsabilidad que AR2 tiene por la negligencia, impericia e indolencia, al momento de efectuar su valoración y diagnóstico, así como aquella derivada de proporcionarle cuidados y tratamiento a V1. Acciones y omisiones que a todas luces derivaron en la violación a su derecho humano a la protección de la salud, aunado a que tales anomalías por parte de AR2 contribuyeron a que V1 perdiera la vida.

106. Respecto a las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V1, igualmente constituyen responsabilidad para AR2, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, "*Del expediente clínico*", respecto a la elaboración de las notas médicas.

107. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

- Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1 y AR2 con motivo de las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de V1 y por la ausencia de formalidad en las notas médicas del 4 de octubre de 2017.
- Denuncia ante el Agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR2, con motivo de la atención médica proporcionada a V1.

108. Con independencia de la resolución que emita el Órgano Interno de Control en el IMSS, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

109. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr su efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios ocasionados, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

110. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, II y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas; y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, al acreditarse violaciones a los derechos

humanos por las irregularidades cometidas por AR1 y AR2, en contra de la salud de V1 que derivó en la pérdida de su vida, así como la inadecuada integración del expediente clínico, se deberá inscribir a V2, V3 y familiares que conforme a derecho corresponda, en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para acceder al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual, esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada instancia.

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

112. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la CrIDH asumió que: *“(…) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, además precisó que *“(…)] las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”²³.*

²³ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrs. 300 y 301.

113. Sobre el “deber de prevención”, la CrIDH sostuvo que: “[...] *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte [...]*”²⁴.

114. En el presente caso, esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

I. Rehabilitación.

115. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2 y V3, y demás familiares que conforme a derecho corresponda, atención médica, psicológica y tanatológica en caso de que lo requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y prestarse de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y especificidades de género. Atención que deberá de brindarse de manera gratuita, de forma inmediata y en un lugar accesible, otorgando información previa, clara, adecuada, de buena fe y suficiente.

116. En su caso, los tratamientos deberán de incluir la provisión de medicamentos. El desarrollo y conclusión de la atención, podrán ser valorado por el personal con especialidad en la materia de esta Comisión Nacional.

²⁴ CrIDH. “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras”. Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, párr. 175.

II. Satisfacción.

117. De acuerdo con los artículos 27 fracción IV y 73 fracción V de la Ley General de Víctimas, con la satisfacción se busca reconocer y restablecer la dignidad de éstas a través de las investigaciones que deberán iniciar las autoridades recomendadas con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1, V2 y V3, en términos de la presente Recomendación.

118. En el presente caso, la satisfacción comprende que el IMSS colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa y denuncia que se presenten en contra de las personas servidoras públicas citadas para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, así como la denuncia que formulará en contra AR2, ante la Fiscalía General de la República, con motivo de la violación a los derechos humanos de V1.

III. Medidas de no repetición.

119. Consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

120. Por tanto, las autoridades del IMSS deberán implementar un curso integral en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigido a todo el personal médico de la UMF76 y del HGZ11, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud y la debida observancia de la NOM-004-SSA3-2012 *“Del expediente clínico”*, así como de la *“Guía de Práctica Clínica Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención”*, *“Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y*

tratamiento de las crisis hipertensivas en adultos en los tres niveles de atención” y del “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica”, para que los médicos atiendan adecuadamente una urgencia y una emergencia médica y apliquen tratamientos clínico y diagnóstico oportunos de laboratorio para proveer debida atención médica a los pacientes, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. El contenido de dicho curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultado con facilidad.

121. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se instruya a las personas servidoras públicas del HGZ11, a fin de que adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a los dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

122. En el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá emitir diversa circular en la que se exhorte al personal médico del área de urgencias del HGZ11, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado, idóneo, oportuno y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con debida diligencia.

IV. Compensación.

123. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. En el presente caso deberá de realizarse la reparación del daño que

resulte procedente a V2 y V3, se conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Víctimas, que incluya indemnización.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

A usted señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral a V2, V3 y demás familiares que conforme a derecho corresponda incluida la compensación y la atención médica, psicológica y tanatológica que requiera V2 y V3, además de inscribirlos en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la citada Comisión, para acceder al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, en términos de la Ley General de Víctimas, de acuerdo a lo señalado en la presente Recomendación, y se remitan las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra AR1, y AR2 y quien resulte responsable, involucrado en la atención de V1, así como con motivo de las irregularidades y omisiones señaladas en la presente Recomendación, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore en la integración de la carpeta de investigación con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formulará ante el Agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR2, médico involucrado en la

inadecuada atención médica de V1, y remita a esta Comisión Nacional, constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el IMSS, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas, por lo cual se deberán enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral al personal médico del HGZ11, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud y la debida observancia a la NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”*, así como de la *“Guía de Práctica Clínica Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención, Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de las crisis hipertensivas en adultos en los tres niveles de atención”* y del *“Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica”*. De igual forma, el contenido de dichos cursos deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento total y satisfactorio.

SEXTA. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, emitir una circular en la que se instruya a las personas servidoras públicas del HGZ11, a fin de que adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales

mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se giren las instrucciones respectivas para que en el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita diversa circular dirigida al personal médico del área de urgencias del HGZ11, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado, idóneo, oportuno y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con debida diligencia, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

124. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

125. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del

término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

126. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

127. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las Legislaturas de las entidades federativas que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ