CNDH
MÉXICO

RECOMENDACIÓN No. 30 /2020

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MONTERREY, NUEVO LEÓN, DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO; ASÍ COMO AL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD POR PERSONAL DE ESA DEPENDENCIA Y DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Ciudad de México, a 24 de agosto de 2020.

MTRO. LUIS ANTONIO RAMÍREZ PINEDA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Distinguidos señores Directores Generales:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, 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, y 128 a 133, y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2017/3761/Q**, relacionado con la queja presentada por V2 en agravio de V1.

2. 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, en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno, y 68, fracción VI, y 116, párrafos primero, y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3º, fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 6, 7, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

Denominación	Clave
Víctima	V
Autoridad Responsable	AR

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, ordenamientos y Normas Oficiales Mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse de la siguiente manera:

Denominaciones	Acrónimos
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	ISSSTE
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Procuraduría General de Justicia de Nuevo León, ahora Fiscalía General de Justicia del Estado de Nuevo León	PGJNL
Hospital Regional en Monterrey, Nuevo León, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Hospital Regional
Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología y Ortopedia número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad Médica 21
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. "Para la organización y funcionamiento de residencias médicas"	NOM-001-SSA3-2012 *"De residencias médicas"*
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *"Del expediente clínico"*	NOM-004-SSA3-2012 *"Del expediente clínico"*
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la Ley General de Salud

Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Objetivos de Desarrollo Sostenible	ODS

I. HECHOS.

A) Atención médica de V1 en el Hospital Regional en Monterrey, Nuevo León, del ISSSTE.

4. Aproximadamente a las 10:00 horas del [redacted] de [redacted] de 2016, V1 se encontraba en el techo de su domicilio cortando las ramas de un árbol, momento en el cual sufrió una caída, motivo por el cual se solicitó el servicio de ambulancia, misma que llegó a los veinte minutos.

5. V1 fue trasladado al Hospital Regional del ISSSTE, en donde ingresó a las [redacted] horas, siendo atendido en el área de Urgencias Médicas por el galeno AR1, quien a las [redacted] horas según lo señaló V2 (Parentesco de V1), le informó que mientras V1 no presentara vómito o se durmiera, todo estaría bien, además de que no tenía fractura.

6. V2 le comentó a AR1 que su esposo tenía [redacted] en la [redacted]za, contestando el médico que no se preocupara que sólo era *"un rasguño"*; posteriormente V1 fue

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

dado de alta en la misma fecha de su ingreso, por AR2 y AR3, personal médico residente del servicio de Traumatología, con diagnóstico [redacted] con reporte de rayos X sin datos de fractura, aumento de volumen de tejidos blandos, señalando que se realizó sutura de herida y que se dejaba cita abierta para traumatología y ortopedia.

7. V1 fue traslado al domicilio de sus Parentesco en ambulancia, según lo refirió V2, en estado de [redacted] cuando le hacía preguntas [redacted] y estaba [redacted], y que así permaneció los siguientes tres días.

B) Atención Médica de V1 en la Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología y Ortopedia número 21 de IMSS.

8. El 5 de noviembre de 2016, fue llevado al área de urgencias de la Unidad Médica 21 del IMSS, donde recibió atención del personal médico urgenciólogo, internista y neurocirujano, quienes al revisarlo señalaron que lo encontraron [redacted], con escala Glasgow de [redacted] puntos [redacted]), se ordenó se le realizara una tomografía de cráneo simple, en la cual se observó [redacted].

9. El 13 de noviembre de 2016, el estado de salud de V1 evolucionó hacia el [redacted], lo que ameritó su ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva, en donde le realizaron diversos estudios médicos.

[1] https://www.ecured.cu/Hemorragia_intraparenquimatosa. Ruptura de [redacted]. que [redacted] y crece en volumen, mientras el [redacted] continúa comprimiendo y [redacted] adyacente.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

10. El 14 de noviembre de 2016, personal médico de la Unidad Médica 21, le practicó a V1 intervención quirúrgica que permite [redacted] la [redacted] y mejorar la [redacted] de [redacted]), y a las veinticuatro horas de habérsele realizado dicha cirugía, su evolución fue [redacted] de respuesta del [redacted].

11. Al día siguiente se le practicó a V1 una [redacted] la cual corroboró la [redacted] o [redacted],[2] presentando posteriormente un [redacted], se le realizó electrocardiograma con presencia de trazo [redacted], decretándose su muerte a las Hora y Fecha Hora y Fecha Hora y Fecha Hora y Fecha Hora y Fecha, señalándose en el certificado de defunción como causa de la misma, [redacted] de [redacted].

12. Por lo anterior, el 12 de abril de 2017, V2 presentó queja ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León, la cual por razón de competencia se remitió a esta Comisión Nacional el 2 de mayo de esa misma anualidad, radicándose el expediente CNDH/1/2017/3761/Q.

13. A fin de documentar las violaciones a derechos humanos se solicitaron los informes correspondientes al ISSSTE y al IMSS, cuya valoración lógica-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

[2] La "*Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Muerte Encefálica. México: Secretaría de Salud, 2011*", la define como la pérdida irreversible, por causa conocida, de las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de hemisferios cerebrales como de tronco encefálico.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

CNDH
MÉXICO

II. EVIDENCIAS.

14. Oficio DORQ/2398/2017 de 25 de abril de 2017, a través del cual personal de la Dirección de Orientación y Recepción de Quejas de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León, remitió a esta Comisión Nacional el expediente que se inició en esa institución, del cual destacó:

> **14.1.** Acta circunstanciada de 12 de abril de 2017, a través de la cual V2 presentó queja en contra del personal médico del Hospital Regional del ISSSTE por la inadecuada atención que le proporcionaron a V1.

15. Oficio 095217614BB1/1763 de 30 de junio de 2017, mediante el cual el IMSS proporcionó información de la atención que se le otorgó a V1 en la Unidad Médica 21, de la cual destaca la siguiente constancia:

> **15.1.** Resumen clínico del servicio de Neurocirugía firmado por personal de la Jefatura del Servicio, en el que señaló que V1 ingresó el 5 de noviembre de 2016 y egresó el Fecha Fecha Fecha Fecha, fecha en que perdió la vida.

16. Correo electrónico enviado el 20 de julio de 2017 a este Organismo Nacional por V2, mediante el cual anexó:

> **16.1.** Certificado de Defunción de V1, en el que se estableció como fecha de la muerte el [redacted] de [redacted] de 2016 y, como causa, contusión profunda de cráneo.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el articulo 113 F I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como Confidencial.

16.2. Acta de Defunción de V1, en la que se hace constar la fecha y causa de la muerte.

17. Oficio 095217614BB1/2152 de 7 de agosto de 2017, mediante el cual el IMSS adjuntó copia del expediente clínico integrado por la atención proporcionada a V1 en la Unidad Médica 21, del cual resaltó:

17.1. Resultado del estudio de angiotac de cráneo realizado a V1 el 15 de noviembre de 2016, por un médico radiólogo, quien en la interpretación del mismo señaló que se localizó edema importante en parénquima cerebral, herniación de tejido encefálico nivel de parietal derecho, datos de hemorragia subaracnoideo[3] y sin evidencia de flujo a nivel de polígono de Willis.[4]

18. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/02220-4/17 de 21 de agosto de 2017, mediante el cual personal de la Jefatura de Departamento de Atención a Quejas Médicas y Administrativas del ISSSTE adjuntó la siguiente copia:

18.1. Oficio CAD/699/2017 de 3 de agosto de 2017, a través del cual personal de la Coordinación de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, anexó resumen y expediente clínico respecto de la atención que se le brindó a V1 en el Hospital Regional, de los cuales destacó:

---

[3] https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000701.htm. Es un sangrado en la zona comprendida entre el cerebro y los delgados tejidos que lo cubren. Esta zona se llama espacio subaracnoideo. La hemorragia subaracnoidea es una emergencia y necesita atención médica inmediata.

[4] https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/18009.htm#:~:text=El%20pol%C3%A0gono%20de%20Willis%20es,m%C3%A1s%20del%2080%25%20del%20cerebro. Es el área de unión de varias arterias en la parte inferior del cerebro. En él, las arterias carótidas internas se ramifican en arterias más pequeñas que suministran sangre oxigenada a más del 80% del cerebro.

18.1.1. Hoja de Urgencias de 2 de noviembre de 2016, elaborada por AR1, en la que se hizo constar que a las 12:15 horas de ese día, V1 acudió al Hospital Regional para su atención al haber sufrido una caída de dos metros, siendo atendido a las 12:17 horas, a la exploración física lo encontró consciente, orientado, con diagnóstico policontundido, y fue dado de alta a las 16:00 horas de esa fecha.

18.1.2. Hoja de Órdenes Médicas de las 12:02 horas del 2 de noviembre de 2016, elaborada por AR1, en la que se señaló las indicaciones médicas para V1 respecto de su padecimiento.

18.1.3. Hoja de alta de V1, de [redacted] de [redacted] de 2016, en la cual AR2 y AR3 señalaron que V1 presentaba [redacted] tipo [redacted] en [redacted], con reporte de rayos x [redacted], [redacted] de [redacted] de [redacted] y con diagnóstico de [redacted], se [redacted] y se dio de alta dejando cita abierta para traumatología y ortopedia.

18.1.4. Hoja de laboratorio de análisis clínicos elaborados a V1 a las 14:06 horas del [redacted] de [redacted] de 2016.

18.1.5. Oficio sin número y fecha, por medio del cual personal del Servicio de Urgencias Adulto del Hospital Regional, señaló que V1 fue atendido a las 12:15 horas del día [redacted] de [redacted] de 2016 y a las 16:00 horas de ese mismo día, fue dado de alta.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: narración de hechos.

18.1.6. Oficio J.T.Y.O/338/2017 de 14 de julio de 2017, a través del cual personal del Servicio de Traumatología y Ortopedia, informó que los médicos residentes adscritos a dicho servicio señalaron que el [redacted] de [redacted] de 2016, V1 acudió para su atención médica después de haber sufrido una caída de aproximadamente dos metros de altura.

19. Oficio 095217614C21/1866 de 20 de agosto de 2018, suscrito por personal de División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, mediante el cual adjuntó copia:

19.1. Acuerdo de 2 de mayo de 2018, emitido por el H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS, en el cual resolvió improcedente la queja desde el punto de vista médico.

20. Opinión médica de 26 de agosto de 2019, elaborada por personal de este Organismo Nacional, respecto de la atención médica que se le proporcionó a V1 en el Hospital Regional, en la cual se concluyó que fue inadecuada.

21. Correo electrónico de 13 de febrero de 2020, a través del cual V2 envía copia del acta de nacimiento de V3 y V4 [redacted] de V1).

22. Correo electrónico de 17 de marzo de 2020, a través del cual V2 envía copia de la Carpeta de Investigación 1, iniciada en el Centro de Orientación y Denuncia de la entonces PGJNL, de la cual se desprende:

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: narración de hechos.

22.1. Autopsia 3132/2016 realizada el 16 de noviembre de 2016, al cuerpo de V1 por personal médico del Instituto de Criminalística y Servicios Periciales de la entonces PGJNL, en la cual se concluyó que la muerte fue como consecuencia de la contusión profunda de cráneo.

22.2. Oficio 1364/2020-GS de 13 de marzo de 2020, suscrito por personal de la Coordinación de Atención Ciudadana de la Fiscalía General de Justicia del Estado en el cual se informó que el 16 de noviembre de 2016 se inició la Carpeta de Investigación 1, con motivo del deceso de V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

23. El 16 de noviembre de 2016, se inició la Carpeta de Investigación 1 ante el Centro de Orientación y Denuncia de la entonces PGJNL, a razón de la autopsia número 3132/2016, con motivo del deceso de V1, la cual se realizó en esa misma fecha, determinándose que la muerte fue como consecuencia de la [redacted] de [redacted]

24. El 2 de mayo de 2018, el H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS inició y resolvió respecto de la solicitud de investigación, que la Queja Administrativa 1 era improcedente desde el punto de vista médico, considerando que en el caso de V1 la atención inicial se otorgó en servicios médicos extrainstitucionales (ISSSTE) donde fue egresado con [redacted] de [redacted].

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

25. Precisando el H. Consejo Técnico que cuando V1 ingresó a los servicios del IMSS se le realizó [redacted] y [redacted] que identificó [redacted], evolucionando hacia el deterioro a pesar del tratamiento quirúrgico instaurado. El fallecimiento obedeció a la gravedad de la patología [redacted] que presentó y no guarda relación con la atención institucional.

26. A la fecha de la emisión de la presente Recomendación, no se tiene conocimiento de que se haya iniciado un procedimiento administrativo o carpeta de investigación con motivo de los hechos en los que V1 perdió la vida, como consecuencia de la inadecuada atención médica que se le brindó en el Hospital Regional del ISSSTE.

IV. OBSERVACIONES.

27. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2017/3761/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos atribuibles a personal médico del Hospital Regional del ISSSTE, y de una persona servidora pública adscrita a la Unidad Médica 21 del IMSS, en agravio de V1:

27.1. A la protección de la salud.

27.2. A la vida.

27.3. Al acceso a la información en materia de salud.

28. Lo anterior en razón a las consideraciones expuestas en el presente apartado:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

29. La protección a 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.[5]

30. El artículo 4°, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

31. Es atinente la jurisprudencia administrativa *"DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y*

[5] CNDH. Recomendaciones: 80/2019, párrafo 30; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28 y 14/2016, párrafo 28.

equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (…)".[6]

32. En el párrafo primero, del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se afirma 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 (…)".*

33. El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que: *"toda 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".*

34. El artículo 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, reconoce que la salud es *"(…) 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*".[7]

35. El artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

---

[6] SCJN. "*DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD",* Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, Registro 167530.

[7] *"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.

("Protocolo de San Salvador") reconoce que *"toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social"*.

36. Esta Comisión Nacional determinó en su Recomendación General 15 *"Sobre el derecho a la protección de la salud"* del 23 de abril de 2009 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; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad. Reconoció que la protección a la salud (…) es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud."* Se advirtió, además, que *"el derecho a la salud no sólo debe entenderse como un derecho a estar sano, ya que entraña dos dimensiones: en la primera de ellas podemos ubicar un cúmulo de libertades, como el control de la salud, (…); en segundo lugar encontramos el derecho a exigir un sistema capaz de 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"*.

37. Para garantizar la adecuada atención médica, se debe considerar también uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los ODS de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, de la ONU.

38. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. 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 Agenda 2030 en nuestro país.[8]

39. En el presente caso se debe considerar el ODS 3 consistente en garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas y todos en todas las edades.

40. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advirtió que el personal médico del Hospital Regional del ISSSTE omitió diagnosticar el traumatismo craneoencefálico que presentaba V1 a fin de brindarle la atención médica adecuada derivada de su calidad de garantes conferidas por los artículos 32 y 33, fracción II, de la Ley General de Salud, en concordancia con los artículos 1 y 22 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, lo que se tradujo en la violación al derecho a la protección de la salud, como a continuación se analiza.

A.1. Violación a la protección de la salud de V1.

- **Atención médica brindada a V1 en el Hospital Regional del ISSSTE.**

41. Aproximadamente a las [redacted] horas del [redacted] de [redacted] del 2016, V1 (de 37 años), se encontraba en el techo de su casa, cuando sufrió una caída (de aproximadamente dos o tres metros de altura) [redacted], [redacted] contra

[8] Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada *"Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible"*, 219/418.

la maceta de concreto en la [redacted], [redacted] y [redacted] del [redacted], [redacted] y [redacted]), por lo que lo llevaron en una ambulancia para valoración médica al Hospital Regional del ISSSTE.

42. A las 12:17 horas del [redacted] de [redacted] del 2016 V1 fue valorado por AR1, quien en su nota señaló *"acude por presentar* [redacted] *(placa), (…) con* [redacted] *en* [redacted] *aparentemente, no* [redacted] y [redacted] de la [redacted]], [redacted] [redacted], [redacted] *con* [redacted], *es valorado por* [redacted] *de* [redacted] *los cuales lo trasladan a esta unidad para su valoración de menos de 1 hora de evolución".*

43. Además, AR1 señaló que a la exploración física encontró a V1 [redacted], [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] con [redacted] y [redacted], [redacted], [redacted] a la [redacted] en [redacted] [redacted], [redacted], [redacted] [redacted], [redacted] [redacted], [redacted], [redacted] sin [redacted] por lo que se indicó manejo médico con soluciones [redacted] [redacted] [redacted] de [redacted] y [redacted] [redacted] [redacted] de [redacted], [redacted] e [redacted] a traumatología y ortopedia, estableciendo el diagnóstico de [redacted].

44. En la opinión médica de este Organismo Nacional, se estableció que AR1, omitió solicitar [redacted] de [redacted] o [redacted] de V1 como parte del protocolo del [redacted] con [redacted] considerando la [redacted] de la lesión

[9] https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=43358&pagina=3. Pérdida o disminución de la función sensitiva o motora de una raíz nerviosa.

[10] https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1510&sectionid=98010469. Son fármacos.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: narración de hechos, condición de salud, reporte médico.

consistente en [redacted] tal y como se establece en la literatura médica especializada *SOPORTE VITAL AVANZADO EN TRAUMA. ATLS®, "(…) La TAC* [tomografía axial computarizada] *es el estudio de imágenes preferido. Se debe hacer una TAC en Mecanismo riesgoso (por ejemplo, peatón atropellado por vehículo motorizado, ocupante eyectado del vehículo, ca[redacted] más de 1 metro o 5 escalones) (…) La tomografía es una técnica muy sensible para la identificación de la hemorragia en fase aguda y es considerada la técnica de elección (…)",* situación que se robustece al no documentarse en las notas de ingreso e indicaciones de esa fecha la solicitud o realización de dichos estudios de gabinete, lo cual no permitió establecer un diagnóstico de certeza para ofrecer de manera oportuna un tratamiento médico definitivo, toda vez que, el diagnóstico neurológico por imagen es fundamental en la identificación y caracterización del daño cerebral traumático.

45. Igualmente en la opinión médica de esta Comisión Nacional, se estableció que *"las lesiones intracraneales pueden ser detectadas radiológicamente antes de que produzcan cambios clínicos y la práctica temprana de pruebas de imagen disminuye el retraso en la detección y tratamiento de éstas",* dejando de observar AR1 lo dispuesto en el artículo 22 del *Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE,* que señala *"El Médico Tratante será el responsable ante el Instituto y sus Pacientes, de los diagnósticos y tratamientos que establezca dentro de las instalaciones del Instituto".*

46. Por otra parte, si bien es cierto que AR1 solicitó interconsulta con traumatología y ortopedia, también lo es, que no solicitó la intervención de Neurocirugía, ni realizó una adecuada entrevista y exploración física y neurológica para descartar alteraciones a ese nivel que le permitieran normar conducta con respecto a la

decisión de ingresar a V1, independientemente de que en ese momento no se documentaron alteraciones neurológicas, se debió observar por lo menos durante veinticuatro horas y no únicamente por cuatro horas como aconteció, desestimando AR1 la cinemática de alta energía que el agraviado presentó, estableciendo este Organismo Nacional por todo lo anterior, una atención médica inadecuada sin apego al artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, que establece que *"(…) Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares (…)* y con base en la literatura médica especializada en donde se establece que *"(…) Pacientes con Escala de Coma Glasgow entre 9/15 y 15/15 pueden presentar lesiones intracraneales y requerir valoración neuroquirúrgica (…)".*

47. Asimismo, personal pericial en medicina de esta Comisión Nacional señaló que el ingreso a observación permite realizar valoraciones repetidas por personal calificado que detecte de forma temprana signos de deterioro neurológico sugestivos de complicaciones intracraneales y, en consecuencia, una actuación rápida, lo cual no se realizó en el presente caso.

48. En la nota de alta médica de 2 de noviembre de 2016, en la que aparece el nombre del médico tratante, así como el de AR2 y AR3, se registró el antecedente de caída desde una altura aproximada de dos metros, en donde V1 se impactó contra [redacted] y [redacted], [redacted], con [redacted] en [redacted] [redacted]), con dolor a la [redacted] no [redacted] en [redacted] y [redacted] de aproximadamente tres

[redacted] en [redacted] [redacted] a la [redacted], [redacted], [redacted] y [redacted], reportando rayos X de columna lumbar, cervical, tórax óseo, codo izquierdo [redacted] o aumento de volumen, e integrando el diagnóstico de [redacted], agregando que se realizó [redacted] de [redacted] en [redacted], se aplicó [redacted] y se indicó alta por el servicio de Traumatología y Ortopedia, dejando como plan, cita en su clínica para seguimiento en dichas especialidades, retiro de [redacted] de [redacted] analgésico, antibiótico y cita abierta a urgencias en caso de signos de alarma.

49. Conforme a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, es importante subrayar que la valoración realizada en el Hospital Regional del ISSSTE a V1 fue para descartar desde el punto de vista [redacted] o [redacted] a ese nivel, sin embargo AR2 y AR3, tampoco solicitaron la tomografía de cráneo y decidieron dar de alta al paciente sin descartar lesiones por traumatismo craneoencefálico, por lo que se establece una atención médica inadecuada al desestimar el traumatismo craneoencefálico y la cinemática del trauma, incumplimiento con lo que establece el manual *SOPORTE VITAL AVANZADO EN TRAUMA. ATLS®* y la literatura médica especializada.

50. Es importante señalar que, en la nota de alta médica de 2 de noviembre de 2016, se advierte escrito el nombre de un médico tratante, así como el de AR2 y AR3; sin embargo, el personal de la Coordinación de Atención al Derechohabiente informó que quienes atendieron a V1 fueron AR1, AR2 y AR3. Además, personal de la Jefatura del Servicio de Traumatología y Ortopedia, señaló que la persona de la cual aparece su nombre en la nota de alta médica, no se encontraba de guardia en el horario que V1 recibió la atención médica y cuando se dio de alta.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

51. Por lo anterior, este Organismo Nacional observa que AR4, médico tratante dejó de observar lo dispuesto por el artículo 22 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, el cual establece que: *"(…) El Médico Tratante será el responsable ante el Instituto y sus Pacientes, de los diagnósticos y tratamientos que establezca dentro de las instalaciones del Instituto, (…)."*

- **Atención médica brindada a V1 en la Unidad Médica 21 del IMSS.**

52. El 5 de noviembre del 2016, V2 al ver que el estado de salud de V1 se deterioraba cada día más, lo llevó a los servicios médicos de urgencias de la Unidad Médica 21 del IMSS, en donde adecuadamente fue tratado por el personal médico urgenciólogo, internista y neurocirujano.

53. Dicho nosocomio informó como antecedente que, el día [redacted] de [redacted] de esa anualidad, V1 sufrió una [redacted] de [redacted] desde su [redacted]a, y que al momento de su arribo la víctima fue encontrada [redacted], con escala de coma de Glasgow de [redacted] puntos, [redacted], [redacted] de [redacted], se le realizó a su ingreso [redacted] de [redacted] simple, donde se observó [redacted], de [redacted] cc aproximadamente, con efecto de masa y desviación de línea media [redacted].

54. Por ese motivo se determinó manejo conservador e ingreso a pabellón de [redacted], donde cursó con episodios [redacted], sin presentar vómito u otra sintomatología, a las 22:00 horas del día 12 de noviembre de 2016, presentó [redacted] ([redacted] de [redacted] en [redacted]), la cual se controló con tratamiento médico, sin embargo, por la mañana del día siguiente, continuó con

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: narración de hechos.

deterioro neurológico que ameritó manejo avanzado de la vía [redacted]) e ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva.

55. La tomografía de cráneo de esa fecha reportó zona [redacted] en región [redacted], [redacted] y con [redacted] de [redacted], se colocó catéter de presión [redacted] que reportó una presión de apertura de [redacted] (valores [redacted] [redacted]5 mmHg).

56. Lo anterior hace evidente que V1 ingresó a ese hospital con francas complicaciones relacionadas con el traumatismo [redacted] que tuvo el día 2 de noviembre de 2016 y quien a pesar de que se le brindó manejo médico adecuado en la Unidad Médica 21, presentó una evolución tórpida, con pobre respuesta a los tratamientos implementados.

57. V1 ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con presión [redacted] de hasta [redacted] (situación que se traduce como aumento de la presión dentro del [redacted] por la [redacted], lo que ameritó intervención [redacted]) con poca respuesta al tratamiento médico por lo que se realizó [redacted] de [redacted] para sacar el [redacted] ([redacted]).

58. El 14 de noviembre de 2016, V1 fue reingresado a la UCI inestable con requerimientos altos de [redacted], así como [redacted] y a las veinticuatro horas del evento quirúrgico evolucionó sin datos clínicos de respuesta del [redacted], realizándole [redacted]cerebral al día siguiente, la cual corroboró la muerte [redacted]

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

59. V1 cursó con mayor inestabilidad, presentó paro cardiorrespiratorio, se le realizó electrocardiograma con presencia de trazo [redacted] y a pesar del buen manejo, se decretó su muerte a las Hora y Fecha Hora y Fecha teniendo como causa de la misma *"(…)* [redacted] *(…)"*, lo que consta en el certificado de defunción.

60. Ahora bien, de lo antes desarrollado, en la opinión médica de este Organismo Nacional, se determinó que la atención médica brindada a V1 en el Hospital Regional del ISSSTE, fue inadecuada por lo siguiente:

60.1. AR1, personal médico del Hospital Regional, así como AR2 y AR3, personal médico residente en dicho nosocomio, quienes valoraron a V1 el 2 de noviembre de 2016, omitieron diagnosticar el traumatismo craneoencefálico que presentó secundario a la caída de dos metros (mecanismo de alta energía), su ingreso para protocolo de estudio con [redacted] de [redacted] [redacted] obligado en este tipo de lesiones graves, egresándolo prematuramente a su domicilio sin ser valorado por neurocirugía, debiendo permanecer como mínimo veinticuatro horas para evaluarlo clínicamente, lo que tuvo como consecuencia la dilación en establecer un diagnóstico y tratamiento oportunos, incumpliendo con el *Reglamento de la Ley General de Salud*, la *NOM-001-SSA3-2012, "De residencias médicas",* y sin apego a lo establecido en el manual de *SOPORTE VITAL AVANZADO. ATL®* novena edición, 2016 y la literatura médica especializada.

60.2. La causa del deceso de V1, a pesar del adecuado manejo médico proporcionado en la Unidad Médica 21, se debió a una contusión profunda de

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

cráneo, lesiones y complicaciones graves que no fueron diagnosticadas por AR1, AR2 y AR3 galenos adscritos al Hospital Regional.

61. De las irregularidades descritas y analizadas se acredita la inadecuada atención médica por parte del personal médico del Hospital Regional, con lo que impidieron garantizar con efectividad a V1 el derecho a la protección a la salud, toda vez que AR1, AR2 y AR3, no realizaron un adecuado protocolo de estudio para confirmar o descartar el diagnóstico de [redacted]" que padecía V1, por tanto, incumplieron el artículo 27, fracción III de la Ley General de Salud, vigente al momento de los hechos, 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, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias"*.

62. Asimismo, los médicos tratantes contravinieron el artículo 8, fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud, el cual precisa que las actividades de atención médica son: *"CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (…)"*.

63. Además, AR1, AR2 y AR3 incumplieron los artículos 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud 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 (…)."*

- **MÉDICOS RESIDENTES.**

64. De las evidencias con que se contó, este Organismo Nacional advirtió que en la nota de alta médica que obra en el expediente de queja en la atención de V1, intervinieron médicos residentes, como se acredita enseguida:

64.1. Hoja de alta de V1, de 2 de noviembre de 2016, aparece el nombre del médico tratante, de AR2 y AR3, sin firmas, en la que se señaló que el paciente presentaba dolor intenso tipo punzante en región dorsolumbar, con reporte de rayos X sin datos de fractura, aumento de volumen de tejidos blandos y con diagnóstico de policontundido, se suturó herida y se dio de alta dejando cita abierta para Traumatología y Ortopedia.

64.2. Dicha nota médica no presentó la firma del médico de base o adscrito al turno responsable, quien además personal de la Jefatura del Servicio de Traumatología y Ortopedia informó no estaba de guardia en las horas que se dio atención médica a V1, lo que presuntamente acredita que los médicos residentes, quienes tampoco la firmaron, no estuvieron supervisados por la persona profesional responsable del control, asesoría y evaluación, lo cual resulta preocupante para esta Comisión Nacional, ello debido a que se ha observado que se pueden ocasionar graves consecuencias para la salud de los pacientes, máxime que los galenos residentes aún se encuentran en fase de formación.

64.3. Por lo anterior, el personal pericial en medicina de esta Comisión Nacional señaló que AR2 y AR3, incumplieron con la NOM-001-SSA3-2012

"De residencias médicas", la cual establece en su numeral 11.4. que deben *"Participar, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo, en el estudio y tratamiento de los pacientes o de las poblaciones que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residentes (…)".*

64.4. AR2 y AR3 infringieron los numerales, 11, 11.9 y AR4 los diversos 9, 9.3.1, 10, 10.5, que en términos generales prevén que los médicos titulares deben coordinar y supervisar las actividades asistenciales de los médicos residentes durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias; además de que los médicos residentes deben cumplir con lo establecido en las normas oficiales mexicanas, entre ellas la NOM-004-SSA3-2012, *"Del expediente clínico".*

64.5. Lo anterior resulta preocupante debido a que los médicos residentes cursan estudios de especialización que constituyen el conjunto de actividades académicas y prácticas que realizan con el propósito de obtener conocimientos amplios y capacitarse en el ejercicio de alguna rama de la medicina; en ese sentido, los galenos en proceso de formación de una especialidad, podrán atender a los pacientes, pero siempre bajo la supervisión de un médico responsable, excepto cuando se encuentre en riesgo inminente la vida del paciente; en el caso concreto, no se advirtió que AR2 y AR3 hayan sido supervisados, ni se documentó que su intervención sin supervisión se debió a que estaba en riesgo la vida de V1, ya que como lo informó el personal de la Jefatura del Servicio de Traumatología y

Ortopedia, que el médico tratante que aparece su nombre en la nota, no le correspondía la guardia, sino AR4, de quien se desconoce su nombre.

65. La inadecuada atención médica descrita condicionó y favoreció el deceso de V1, como se analizará enseguida.

B. DERECHO A LA VIDA.

66. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en el artículo 29, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 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.

67. 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, adopt[ar] 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 (…)".*[11]

68. 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 Declaración Universal de Derechos Humanos y I

[11] SCJN. *"DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO"*, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Enero de 2011, página 24.

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 todas las personas que se encuentren bajo su jurisdicción.

69. 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 (…)"*[12], asimismo *"(…) juega un papel fundamental (…) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (…)".*[13]

70. Este Organismo Nacional ha sostenido que *"existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional (…), 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 Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha*

[12] CrIDH. *"Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala"*, Fondo, sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

[13] CrIDH. *"Caso Familia Barrios Vs. Venezuela"*, Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia de 24 de noviembre de 2011, párrafo 48.

asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes".[14]

71. 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 del Hospital Regional, también son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida.

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

72. Como ya se estableció, a las 12:15 horas de [redacted] de [redacted] de 2016, V1 ingresó al área de urgencias del Hospital Regional, por haber sufrido una [redacted] siendo atendido médicamente por AR1, AR2 y AR3, quienes al revisarlo no realizaron una adecuada entrevista, una exploración física y neurológica para descartar alteraciones a ese nivel que le permitieran normar conducta con respecto a la decisión de ingresar a V1, independientemente de que en ese momento no se documentaran alteraciones [redacted] decidiendo su egreso aproximadamente después de cuatro horas, y no por lo menos durante veinticuatro horas, desestimando la cinemática de alta energía que presentó.

73. Además, AR1, AR2 y AR3, omitieron diagnosticar el traumatismo craneoencefálico que presentó V1 secundario a la caída de dos metros, omitiendo ingresarlo a protocolo de estudio con tomografía de cráneo, lo egresaron prematuramente a su domicilio sin haber sido valorado por neurocirugía, lo que tuvo como consecuencia la dilación en establecer un diagnóstico y tratamiento

[14] CNDH. Recomendación 75/2017, párrafo 61.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, narración de hechos

oportunos, incumpliendo con el Reglamento de la Ley General de Salud, la NOM-001-SSA3-2012, *"De residencias médicas"* y sin apego a lo establecido en el manual de SOPORTE VITAL AVANZADO EN TRAUMA ATLS® novena edición, 2016.

74. La causa de la muerte de V1 el 16 de noviembre de 2016, a pesar del adecuado manejo médico proporcionado en la Unidad Médica 21 del IMSS, se debió a una contusión profunda de cráneo, lesiones y complicaciones graves que no fueron diagnosticadas por los médicos que tuvieron a su cargo a V1 durante su estancia en el Hospital Regional.

75. De las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2 y AR3, incumplieron con lo dispuesto en el *"Código de conducta para el personal de Salud 2002"*, que en el rubro de *"Estándares de trato profesional"* establece en los puntos 2 y 3 lo siguiente: *"Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta"*, *"se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes"*.

76. Lo expuesto, evidenció la mala praxis de los médicos que atendieron a V1, ello de acuerdo con el pronunciamiento sostenido por la SCJN, que establece:

> *"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".*[15]

(Énfasis añadido)

77. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. En el presente caso, los médicos involucrados, debieron considerar el estado integral de V1, a quien, al no haberle realizado un protocolo de estudios completo, ocasionó dilación en establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, por lo que el padecimiento evolucionó de manera tórpida hacia su deceso.

78. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2 y AR3 vulneraron los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de este a la vida en agravio de V1,

[15] SCJN. *"MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA",* Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Enero 2013, Registro 2002570.

prerrogativas que se encuentran previstas en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, 4°, párrafo cuarto, 29, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 24, fracción I, 27, fracción III, 32, 33, fracción II, y 51 de la Ley General de Salud; 35, fracción IV de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; así como los numerales I, XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

C. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.

79. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a la información.

80. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,[16] párrafo 27, considera que *"(…) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico."*

81. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU ha sostenido en materia de salud, que el derecho de acceso a la información

[16] CNDH. Recomendación General 29/2017, *"Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud"*, 31 de enero de 2017.

"comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad".[17]

82. La NOM-004-SSA3-2012 *"Del expediente clínico"* establece que *"el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (…) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (…), mediante los cuales se hace constar (…) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (…) datos acerca del bienestar físico, mental y social (…)".*[18]

83. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se le brinda.

---

[17] Observación General 14 *"El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"* (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b, fracción IV.

[18] Introducción, párrafo tercero.

84. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos sobre el estado de salud de la persona.[19]

85. En este sentido, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas que conforman el expediente clínico de V1, advertidas por este Organismo Nacional con motivo de la queja presentada por V2.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

86. Esta Comisión Nacional advirtió que, en la nota médica del 2 de noviembre de 2016, en la que aparecen los nombres del médico tratante, AR2 y AR3, se omitió registrar la hora, nombre completo y la firma de los médicos que atendieron a V1, por lo que dichos galenos, así como AR4 infringieron la NOM-004-SSA3-2012 "*Del expediente clínico"* en su numeral 5.10. en el cual se ordena que "*Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital (…)".*

[19] CNDH. Recomendación General 29/2017, Op.Cit., párrafo 34.

87. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico, en el caso de V1, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.[20]

88. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012 *"Del expediente clínico"*, ha sido materia de múltiples pronunciamientos en el tema de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el 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 de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.[21]

89. A pesar de, tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012 *"Del expediente clínico"*, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a

[20] CNDH. Recomendaciones: 1/2019, párrafo 145; 71/2018, párrafo 243; y 33/2016, párrafo 106, entre otras.

[21] CNDH. Recomendaciones: 1/2019, párrafo 146; y 71/2018, párrafo 244, entre muchas otras.

la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.[22]

90. En la sentencia del *"Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador"*[23], la CrIDH, sostuvo que: *"(…) es evidente la relevancia del expediente médico adecuadamente integrado, como instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza."*

C.2. Inadecuado llenado del Certificado de defunción.

91. No pasó desapercibido para esta Comisión Nacional el hecho de que AR5 (galena que realizó el certificado de defunción), incumplió con lo establecido en la Guía para el llenado de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal, respecto a las causas de la defunción al omitir incluir *"la duración estimada de las diferentes causas respecto a la fecha del deceso, según el modelo internacional del certificado recomendado por la organización Mundial de la Salud"*, así como la hora de la defunción.

[22] CNDH. Recomendaciones: 1/2019, párrafo 147; y 71/2018, párrafo 245.

[23] CrIDH. *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador"*, Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68.

CNDH
MÉXICO

D. RESPONSABILIDAD.

92. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, las autoridades señaladas como responsables incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo con las acciones u omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación al derecho a la protección a la salud y como consecuencia de ello a la vida, por la inadecuada atención médica que derivó en la pérdida de la vida de V1 y el acceso a la información en materia de salud.

93. En ese sentido, AR1, AR2 y AR3, son responsables de la dilación en establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno para V1, en términos del ordinal 22 del Reglamento de Prestaciones Médicas del ISSSTE que puntualiza *"El Médico Tratante será el responsable ante el Instituto y sus Pacientes, de los diagnósticos y tratamientos que establezca dentro de las instalaciones del Instituto, de igual manera tendrán responsabilidad la enfermera, el personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y demás personal que intervenga en el manejo del Paciente, respecto al servicio que cada uno proporcione, en los términos de la legislación y normatividad aplicable".*

94. AR4 omitió coordinar y supervisar las actividades de AR2 y AR3, médicos residentes, por lo que se deberá investigar su identidad y responsabilidad.

95. AR2, AR3 y AR4 tienen responsabilidad al omitir cumplir con la NOM-004-SSA3-2012, *"Del expediente clínico", en los términos ya expuestos.*

96. AR5 es responsable de omitir poner en el certificado de defunción la hora de la defunción de V1, así como *"incluir la duración estimada de las diferentes causas respecto a la fecha del deceso, según el modelo internacional del certificado recomendado por la Organización Mundial de la Salud".*

97. Este Organismo Nacional considera que las acciones u omisiones atribuidas a las personas servidoras públicas, evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por la autoridad correspondiente de conformidad con lo previsto en los artículos 7, 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos, artículo 252 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén que las personas servidoras públicas están obligadas a actuar con responsabilidad, ética, excelencia, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, calidez y calidad en la prestación de los servicios. Así como 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 que las personas servidoras públicas que dejen de cumplir con alguna de las obligaciones que les impone la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, serán responsables en los términos de las disposiciones aplicables.

98. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6°, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo; 73, párrafo segundo de la Ley de la

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 63 de su Reglamento Interno, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

98.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE contra de las personas servidoras públicas que brindaron la atención médica a V1 para que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativa que corresponda, así como para que se investigue la identidad y responsabilidad de AR4.

98.2. Denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de los galenos responsables en el presente pronunciamiento para que se inicie la carpeta de investigación correspondiente.

98.3. Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, para que se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra AR5 personal médico involucrado en el presente caso.

99. Las autoridades encargadas de realizar dichas investigaciones, deberá tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación para que, en su caso, determine la responsabilidad de las personas servidoras públicas involucradas en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos en agravio de V1.

100. Se deberá anexar copia de las resoluciones de los Órganos Internos de Control en el ISSSTE y en el IMSS, en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas responsables.

101. Igualmente, anexar copia de la presente Recomendación, en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas responsables de las violaciones a derechos humanos, en los términos del presente pronunciamiento.

D.1. Responsabilidad Institucional.

102. Además, esta Comisión Nacional determina la responsabilidad institucional por parte del ISSSTE, por la carencia de personal al que en diversas ocasiones se enfrentan, tal como aconteció en el caso que nos ocupa en el Hospital Regional, lo que contribuyó a que AR2 y AR3, médicos residentes, estuvieran sin supervisión, y por ende se demoraran en establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, lo que constituye por sí misma una falta de garantía integral de los servicios de salud en beneficio de las personas usuarias; al incumplir con lo dispuesto por los artículos 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

103. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para obtener 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 1, 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 personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe 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 debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

104. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, y VIII, 26, 27, fracciones II, III y V, 62, fracción I, 64, fracciones II, V 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, 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 y el "*Acuerdo por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral",* publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por inadecuada atención médica de V1 y como consecuencia de ello a la vida, se deberá inscribir a V1, V2, V3 y V4 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que V2, V3 y V4, y demás familiares que conforme a derecho corresponda, tengan el acceso al Fondo de

Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

105. 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"*, 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, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

106. En el *"Caso Espinoza González vs. Perú"*, la CrIDH enunció 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".*[24]

[24] CrIDH. *"Caso Espinoza González vs. Perú"*, Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia de 20 de noviembre de 2014. párrafos 300 y 301.

107. Sobre el *"deber de prevención"* la CrIDH, sostuvo que *"(…) el derecho a la salud es un derecho autónomo protegido por el artículo 26 de la Convención Americana (…) este derecho en situaciones de urgencia exige a los Estados velar por una adecuada regulación de los servicios de salud, brindando los servicios necesarios de conformidad con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación, (…) a fin de que se impute la responsabilidad del Estado por muertes médicas es necesario que se acredite (…) una negligencia médica grave, y que se corrobore un nexo causal entre la acción y el daño. Cuando se trata de una omisión se debe verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso; (…) la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de la integridad personal (…)".*[25]

108. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión a los derechos humanos de V1, que se tradujo en la inadecuada atención médica y como consecuencia de ello la pérdida de la vida, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los siguientes términos:

i. Rehabilitación.

109. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2, V3, V4, y demás familiares que conforme a derecho corresponda, la atención psicológica y tanatológica que requieran, la cual deberá ser proporcionada por

[25] CrIDH. *"Caso Poblete Vilches y Otros vs. Chile"*, Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia del 8 de marzo de 2018, párrafo 174.

personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la vida de V1.

110. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario y deben incluir la provisión de medicamentos.

ii. Satisfacción.

111. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades colaboren ampliamente con los Órganos Internos de Control en el ISSSTE y en el IMSS, en el seguimiento de la queja administrativa que se presentará por este Organismo Nacional; así como con la denuncia que formule ante la instancia competente y se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

112. Se deberá anexar copia en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas responsables, de las resoluciones emitidas por los Órganos Internos de Control en el ISSSTE y en el IMSS.

113. Igualmente anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas, aun cuando ya no laboren en el ISSSTE e IMSS, según corresponda.

CNDH
MÉXICO

iii. Medidas de no repetición.

114. Éstas consisten en 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, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas. En ese sentido, es indispensable que el ISSSTE implemente en el término de tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, la debida observancia y el contenido de las normas oficiales mexicanas mencionadas en la presente Recomendación, con especial énfasis en los estándares desarrollados por esta Comisión en la Recomendación General 29/2017, a todo el personal médico del Hospital Regional en Monterrey, Nuevo León, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberá impartirse por personal calificado.

115. En un término de tres meses, posterior a la aceptación de la presente Recomendación, el IMSS deberá instrumentar un curso sobre la Guía para el llenado de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal, para el personal médico de la Unidad Médica 21, encargado del llenado y suscripción de dicho certificado.

116. Los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad. Además se deberá realizar un registro de las personas participantes, temario del curso, constancias y/o diplomas otorgados.

117. 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 al personal médico del Hospital Regional, 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.

118. Emitir una circular en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación dirigida al personal médico del Hospital Regional, en la que se les exhorte entregar copia de la certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas, cuando así proceda, para brindar un servicio médico adecuado, profesional, y para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa.

119. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el *"Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el Título Cuarto de dicha ley"*[26], en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

120. Se deberá establecer un protocolo que garantice la supervisión permanente a los médicos residentes durante su capacitación clínico quirúrgica y/o de campo en el Hospital Regional.

[26] Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.

iv. Compensación.

121. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá otorgar una compensación a V2, V3, V4 y a quien conforme a derecho corresponda, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación para que, en el ejercicio de sus atribuciones, proceda conforme a Derecho.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

A usted, señor Director General del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se brinde la reparación integral a V2, V3 y V4 y demás familiares de V1 que conforme a derecho correspondan, y se inscriban en el Registro Nacional de Víctimas, para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral en los términos de la Ley General de Víctimas, que incluya una compensación económica, atención psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal médico involucrado en los hechos, derivada de la violación a los derechos humanos,

y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore con el Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado en el seguimiento de la queja que presente esta Comisión Nacional en contra de las personas servidoras públicas responsables por las probables faltas administrativas señaladas en la presente Recomendación, y remita a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se deberá anexar copia de la resolución que emita el Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, en el expediente laboral de las personas servidoras públicas responsables, y remita a esta Comisión Nacional las pruebas de su cumplimiento.

CUARTA. Anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas responsables de las violaciones a derechos humanos, y se remita a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Colabore con la Fiscalía General de la República en el seguimiento de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Fiscalía General de la República, en contra de las personas servidoras públicas señaladas como responsables de violentar derechos humanos, por los probables hechos delictivos que resulten, y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

SEXTA. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brinda a los pacientes, se encuentren debidamente integrados, conforme a la legislación nacional e internacional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Diseñar e impartir en tres meses un curso integral de capacitación, al personal del Hospital Regional, en materia de formación de derechos humanos, específicamente al derecho a la protección de la salud, a la vida, conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicana invocadas en la presente Recomendación, debiendo asegurarse que, de ser caso, estén las personas servidoras públicas y personal médico residente identificadas como responsables. Dicho curso deberá estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que pueda ser consultado con facilidad, y se envíen a este Organismo Nacional las pruebas de su cumplimiento.

OCTAVA. Gire las instrucciones respectivas para que en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular al personal médico del Hospital Regional, en la que se exhorte a 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 casos con diligencia similares al que nos ocupa, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

NOVENA. Instruya a quien corresponda para que se establezca un protocolo que garantice la supervisión, por parte de médicos autorizados para ello, del personal en proceso de formación, ya sean residentes o de servicio social, durante su capacitación clínica, quirúrgica y/o de campo en el Hospital Regional, hecho lo cual se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

A usted, señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

PRIMERA: Diseñar e impartir en tres meses un curso integral de capacitación, al personal de la Unidad Médica 21, en materia de formación de derechos humanos, específicamente sobre la *Guía para el llenado de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal*, debiendo asegurarse que dentro de las personas servidoras públicas se encuentre AR5, persona identificada como responsable. Dicho curso deberá estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que pueda ser consultado con facilidad, y envíe a esta Comisión Nacional las constancias de su cumplimiento.

SEGUNDA: Colabore con el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el seguimiento de la queja que presentará esta Comisión Nacional en contra de AR5, personal médico señalada como responsable, por la probable

falta administrativa descrita en la presente Recomendación, y remita a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA: Deberá anexar copia de dicha determinación en el expediente laboral de AR5, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias de su cumplimiento.

CUARTA. Anexar copia de la presente Recomendación, en el expediente laboral de la persona servidora pública responsable de la violación a derechos humanos y se remita a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

122. La presente Recomendación, de acuerdo con 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 del artículo 1°, 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.

123. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a ustedes 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.

124. Con el mismo fundamento jurídico, les 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.

125. 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, precisamente, 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, o en caso de corresponder, a las Legislaturas de las entidades federativas, que requieran su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

LA PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA