



RECOMENDACIÓN No. 45 / 2020

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA, AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ Y DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN AGRAVIO DE V1, NIÑA DE 4 AÑOS DE EDAD, POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 25 DEL IMSS, EN TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

Ciudad de México, a 29 de Septiembre de 2020

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 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/5/2018/5941/Q**, en relación con el caso 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, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78 primer párrafo, segunda parte 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; 3, 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los

datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para distintas personas involucradas en los hechos, y expedientes son los siguientes:

| CLAVE | SIGNIFICADO |
|--------------|----------------------------|
| QV | Quejosa/víctima. |
| V | Víctima. |
| AR | Autoridad responsable. |
| SP | Persona servidora pública. |

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas dependencias, instancias de gobierno y normatividad, se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán ser identificados como sigue:

| NOMBRE | CLAVE |
|--|---------------------------------------|
| Instituto Mexicano del Seguro Social. | IMSS |
| Unidad de Medicina Familiar Número 25 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. | UMF-25 |
| Unidad de Medicina Familiar Número 13 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. | UMF-13 |
| Corte Interamericana de Derechos Humanos | CrIDH |
| Suprema Corte de Justicia de la Nación. | SCJN |
| Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico. | NOM-Expediente Clínico. |
| Guía de Práctica Clínica “Clasificación, Diagnóstico y Tratamiento Integral del Dengue.” | Guía Tratamiento Integral del Dengue. |

I. HECHOS.

5. El 9 de agosto de 2018, se recibió en este Organismo Nacional, por razón de competencia, la queja presentada por QV, ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas, en la que señaló que el viernes 20 de abril de ese año llevó a su hija, V1, de 4 años de edad, a la UMF-25, del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, debido a que se sentía mal de salud y con temperatura de 40 grados, donde después de esperar aproximadamente una hora pasó al consultorio 10, siendo revisada por AR1, quien primero le indicó que tenía dengue, y sin haber confirmado ese diagnóstico le recetó *“amoxicilina y paracetamol”*, posteriormente le señaló que se trataba de una infección y le entregó una orden para la realización de unos estudios que se le efectuarían el día 25 de abril del mismo año.

6. QV agregó que el sábado 21 de abril de 2018, V1 presentó vómito y diarrea, por lo que acudió al Área de Urgencias de la UMF-25, y que el médico que la atendió señaló que *“era una simple infección de temporada”* recetándole trimetropina, difenidol y suero oral.

7. También indicó QV que, al día siguiente por la mañana, V1 le manifestó que *“le dolía mucho su corazón”*, razón por la cual de nueva cuenta la llevó al Área de Urgencias de la UMF-25, sitio al que arribaron a las 07:30 horas, que al estar esperando para que atendieran a V1, empezó a convulsionar, por lo que entró al consultorio y salió SP1, quien señaló que estaba *“entrando en paro”*, que le suministraron adrenalina, sin embargo falleció.

8. Finalmente, QV manifestó que antes de que se llevaran el cuerpo de V1, SP2 le indicó: *“si tú demandas nosotros abrimos a tu hija, para hacerle la autopsia y en ese momento no quise, la llevé a mi casa, después el funeral”*.

9. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional, el expediente de queja CNDH/5/2018/5941/Q, y para documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

10. Oficio CEDH/DQyO/2123/2018-A, de 24 de julio de 2018, a través del cual la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas remitió a este Organismo Nacional, por razón de competencia, copia del Expediente de Orientación Jurídica, que contiene la queja formulada por QV.

11. Oficio 095217614C21/2981, de 6 de septiembre de 2018, a través del cual el IMSS remitió copia de la siguiente documentación:

11.1. Informe rendido por el Director de la UMF-25 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, respecto de la atención médica proporcionada a V1 los días 20 y 22 de abril de 2018.

11.2. Nota Informativa, de fecha 22 de abril de 2018, signada por SP1, en la que precisó la atención médica brindada a V1 en la UMF-25.

11.3. Expediente clínico de V1, integrado en la UMF-25 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, del que destacan las siguientes constancias:

11.3.1. Nota médica, de fecha 20 de abril de 2018, elaborada por AR1, en la que como diagnóstico a descartar "*fiebre dengue (virus)*".

11.3.2. Nota médica, de fecha 22 de abril de 2018, suscrita por SP1, en la que se detalla la atención otorgada a V1, en el Servicio de Urgencia de la UMF-25.

11.3.3. Hoja de consulta, visitas y curaciones del Servicio de Urgencias de la UMF-25, de fecha 22 de abril de 2018.

11.3.4. Nota de Trabajo Social, de fecha 23 de abril de 2018, elaborada por SP3, en la que consta la entrevista realizada a QV, después del fallecimiento de V1.

12. Acta Circunstancia de 25 de septiembre de 2018, elaborada por un visitador adjunto de esta Comisión Nacional en la que se hizo constar la diligencia realizada con QV y V2, en la que se les explicó el contenido del informe rendido por el IMSS, y se ofreció acompañamiento en caso de que consideraran presentar denuncia ante la entonces Procuraduría General de República (PGR), quienes reiteraron el contenido de la queja y exhibieron copia de diversos documentos, entre ellos, el siguiente:

12.1. Certificado de defunción con número de folio 170089878, en el que se asentó como causa del fallecimiento de V1, síndrome febril, crisis convulsiva y broncoaspiración.

13. Oficio 095217614C21/2590, del 12 de octubre de 2018, mediante el cual el IMSS, informó que se programó cita para el 11 de ese mes y año, a V3, en el Servicio de Psicología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina No. 2.

14. Dictamen médico de 23 de enero de 2019, emitido por especialista de esta Comisión Nacional respecto a la atención brindada a V1 en la UMF-25 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

15. Actas Circunstanciadas del 1 y 21 de febrero de 2019, elaboradas por personal de esta Comisión Nacional en las que hizo constar la diligencia efectuada con V2 y QV, respectivamente, en la que se les brindó información sobre el estatus del expediente de queja y se reiteró la disposición de la Institución para otorgarles acompañamiento en el supuesto de que decidieran presentar denuncia ante la PGR.

16. Oficio 095217614C21/1015, del 29 de abril de 2019, a través del cual el IMSS, remitió copia del acuerdo emitido el 22 de enero de ese año, por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese Instituto, en el Expediente de Queja Médica, en el que se resolvió en sentido improcedente.

17. Actas Circunstanciadas del 4 de abril, 25 de junio y 8 de julio de 2020, elaboradas por personal de esta Comisión Nacional en las que se hizo constar las diligencias

efectuadas con V2 y QV, se les brindó orientación sobre el dictamen emitido por la especialista de este Organismo Nacional y la resolución del Expediente de Queja Médica.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

18. Mediante acuerdo de 22 de enero de 2019, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS, en términos del instructivo para el Trámite y Resolución de Quejas Administrativas de ese Instituto, resolvió improcedente desde el punto de vista médico el Expediente de Queja Médica, relacionado con la atención otorgada a V1 en la UMF-25 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

19. A la fecha de emisión de la presente Recomendación no se tiene constancia alguna que evidencie que se hubiese iniciado procedimiento administrativo ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, o alguna carpeta de investigación con motivo de los hechos materia de la queja.

IV. OBSERVACIONES.

20. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2018/5941/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, al acceso a la información en materia de salud, así como al interés superior de la niñez, por inadecuada atención médica en agravio de V1, atribuibles a personal médico de la UMF-25 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

A. Derecho a la protección de la salud.

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

22. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

23. En el artículo 1º de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, señala 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. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*

24. En este sentido, esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General número 15, el 23 de abril del 2009, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, en la que se afirmó que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud; que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, aunado a que la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad.

25. La SCJN¹ ha establecido en jurisprudencia firme que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud se encuentra el disfrute de los servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos.

26. Para una mejor comprensión de este apartado se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a V1, en los Servicios de Consulta Familiar y Urgencias de la UMF-25 del IMSS.

❖ **Atención médica otorgada a V1 en el Servicio de Consulta Familiar de la UMF-25, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.**

27. De las evidencias que obran en el expediente que dio origen a la presente Recomendación, se acreditó que V1, niña de 4 años de edad, fue llevada por QV y V2, el 20 de abril de 2018 a consulta en la UMF-25 del IMSS, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, por presentar malestar general y temperatura.

28. Al respecto, en el informe rendido por el IMSS se señaló que los padres de V1 acudieron a las 17:06 horas del día 20 de abril de 2018, a la UMF-25 a solicitar atención médica y como es el procedimiento se agenda cita en el consultorio 5 vespertino, que después de pesar, medir y tomar la temperatura de V1, se envía al área de unifila para pasar a algún consultorio.

29. También se indicó que aproximadamente a las 18:10 horas QV se acercó a la Coordinación Médica comentando que V1 presentaba hipertemia (aumento de la temperatura del cuerpo por encima de lo normal), por lo que se le dio prioridad y se pasó al consultorio 10, donde le dieron atención. Asimismo, se precisó que la citada Coordinación autorizó la solicitud de laboratorios, para lo cual hizo una valoración del

¹ Jurisprudencia P.J. 1ª./J.50/2009. “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD.” Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXIX/Abril de 2009, página 164, registro 167530.

diagnóstico, además comentó con el médico la prioridad de la realización y/o envío al hospital, determinándose en este caso, que los estudios de laboratorio se realizaran hasta el lunes 23 de abril de 2018.

30. En la nota médica del viernes 20 de abril de 2018, AR1 señaló que V1 presentaba *fiebre no cuantificada* de un día de evolución, *malestar general y adinamia*, reportando la presencia de *amígdalas hipertróficas crípticas*, ordenando la realización de estudios de laboratorio consistentes en examen general de orina, biometría completa, citología hemática completa, coagulación plaquetas, para descartar que padeciera fiebre dengue (virus).

31. Asimismo, se advierte que AR1 le recetó a V1 paracetamol 40 gotas, cada 8 horas durante 3 días, electrolitos orales cada 8 horas, durante 3 días, amoxicilina 3.5 mililitros cada 8 horas, por 7 días, e indicó cita abierta a urgencias en caso de datos de deshidratación o fiebre elevada.

32. Al respecto, en el dictamen médico de esta Comisión Nacional se explica que de acuerdo con la literatura médica especializada y la Guía Clínica–Tratamiento Integral del Dengue, el dengue es una enfermedad causada por un virus y que es transmitida por un artrópodo y se caracteriza por la presencia de fiebre de inicio súbito, de 2 a 7 días de evolución, debiendo tenerse en cuenta su contagio en personas que viven en un área conocida por la transmisión de la enfermedad.

33. También se precisa que la enfermedad se divide en tres fases: febril, crítica y de recuperación; la primera ocurre entre los días primero a quinto de inicio del padecimiento, pudiéndose apreciar, a través del estudio de biometría hemática², cambios en la composición sanguínea del paciente como presencia de leucopenia (disminución del número de leucocitos en la sangre), linfocitosis (aumento en un tipo de glóbulo blanco de la sangre denominado linfocito), hematocrito (porcentaje que ocupa la fracción sólida de una muestra de sangre anticoagulada, al separarse de su

² Examen que se hace a la sangre e inspecciona las células que la componen y están presentes en ella como los glóbulos rojos, encargados de transportar oxígeno; los glóbulos blancos, que combaten infecciones, y las plaquetas, que detienen hemorragias mediante la formación de coágulos.

fase líquida) y plaquetas³ normales, debiéndose realizar el seguimiento clínico de las personas con síntomas que hagan sospechar de dengue en etapa febril cada 24 horas.

34. Asimismo, se señala que la sospecha de dengue en etapa febril en personas con comorbilidades, mujeres embarazadas o en extremos de la vida, obliga al profesional de la salud a solicitar la realización de una biometría hemática desde el primer contacto con el paciente, situación que en el caso de niños y niñas menores de 5 años que presentan fiebre alta compatible con infección viral, se hace aún más necesaria, toda vez que este sector de la población presenta menos síntomas que los adultos, considerándose a la fiebre como un marcador del inicio de la enfermedad en esta etapa de vida, precisándose el envío del paciente a un hospital, aunque no presente signos de alarma.

35. En el citado dictamen médico se expone que la literatura médica especializada establece que, ante casos de dengue sin signos de alarma, pero con condiciones asociadas, como extremos de la vida, se deben llevar a cabo cuidados mínimos supervisados por personal de salud, debiéndose internar al paciente en unidades de atención de primer o segundo nivel, mientras dure la fiebre y hasta 48 horas después de su remisión, lo que no sucedió en el caso de V1.

36. Además se indica que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud, consideran como un caso de dengue, todo niño proveniente o residente en zona con transmisión de esa enfermedad, que presente un cuadro febril agudo, usualmente entre 2 a 7 días y sin foco aparente, en tanto que en el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez”, (INDRE) también considera como caso probable de fiebre por dengue o dengue

³ También conocidas como trombocitos, son células sanguíneas. Se forman en la médula ósea, un tejido similar a una esponja en sus huesos. Las plaquetas juegan un papel importante en la coagulación de la sangre. Normalmente, cuando uno de sus vasos sanguíneos se rompe, comienza a sangrar.

grave a personas menores de 5 años con un cuadro febril inespecífico o compatible con infección viral.

37. En el dictamen de esta Comisión Nacional se expone, en relación con el tratamiento médico, que el paracetamol (único antipirético⁴ autorizado a utilizar en casos de probable dengue) y la hidratación vía oral son esenciales para el manejo ambulatorio en la etapa sintomática, asimismo que en el caso de niños menores de 5 años a los que se les diagnostica la enfermedad, la supervisión médica y el tratamiento son relevantes, toda vez que las complicaciones clínicas que pueden presentarse en los pacientes son la deshidratación y fiebre alta que podrían estar asociadas a trastornos neurológicos y convulsiones.

38. En el referido dictamen médico se estableció que AR1 sospechó que la fiebre que V1 presentaba podría ser indicativa de infección por dengue, la cual tenía dos días de evolución, además de malestar general y adinamia (síntoma que produce debilidad muscular con fatiga fácil), aunado a que en la exploración física detectó presencia de amígdalas hipertróficas crípticas, lo cual era indicador de la posible presencia de un proceso infeccioso viral.

39. No obstante lo anterior, de forma inadecuada AR1 recetó amoxicilina, la cual está contraindicada para pacientes sospechosos de padecer dengue, según lo señalado en la referida Guía Clínica–Tratamiento Integral del Dengue y en la guía elaborada por la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud, *“Dengue. Guías para la atención de enfermos en la Región de la Américas”*.

40. Por cuanto hace a los estudios de laboratorio que AR1 ordenó se realizaran a V1, la especialista de este Organismo Nacional consideró que fue incorrecto que se requirieran de manera ordinaria y no urgentes, puesto que estos hubieran permitido evidenciar si había concentraciones bajas de leucocitos, además indicó que AR1 tenía la obligación de asegurarse de que se tomara a V1 la muestra correspondiente, en el instante mismo en que sospechó que presentaba dengue, en atención a que

⁴ Antipirético, medicamento para disminuir la temperatura.

V1 contaba con 4 años de edad y presentaba fiebre, la cual aunado a la existencia de un posible proceso infeccioso de origen viral, eran factores suficientes para sospechar que padeciera dicha patología.

41. En virtud de lo anterior, en el dictamen médico de este Organismo Nacional la especialista destacó que la realización urgente de los estudios de laboratorio, debió acompañarse del monitoreo de V1 cada 24 horas, por tratarse de una paciente en extremos de la vida, lo cual tampoco realizó AR1.

❖ **Atención médica otorgada a V1 en el Servicio de Urgencias Medicina Familiar de la UMF-25, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.**

42. QV y V2, señalaron que el 21 de abril de 2018, V1 presentó vómito y diarrea, por lo que la llevaron al Servicio de Urgencias de la UMF-25, donde el médico que la revisó le indicó que era una simple infección, y le dio “trimetropina” y “defenidol”, sin que se hubiese realizado algún registro relacionado con esa atención médica.

43. Al respecto, en el informe rendido por el IMSS, se precisó que V1 no fue llevada a la UMF-25, en esa fecha sino hasta el día siguiente, 22 de abril de 2018.

44. Es importante destacar que QV y V2, en las diligencias realizadas ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chiapas y este Organismo Nacional, así como en el Área de Trabajo Social de la UMF-25, han sido contestes en el señalamiento de haber acudido el sábado 21 de abril de 2018 a esa Unidad Médica.

45. De lo expuesto se advierte que existe contradicción entre lo señalado por QV, V2 y el IMSS, circunstancia que, en su caso, deberá ser investigada por el Órgano Interno de Control en ese Instituto, con la finalidad de que se determine lo que en derecho corresponda.

46. Por otra parte, QV indicó que la mañana del domingo 22 de abril de 2018, V1 le indicó *que le dolía mucho su corazón*, por lo que en compañía de V2, acudieron nuevamente al Servicio de Urgencias de la UMF-25 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas,

donde tuvo que esperar alrededor de una hora para que fuera atendida, lapso en el que en dos ocasiones la llevó al baño, y al percatarse que se convulsionaba cuando la tenía abrazada, ingresó por la fuerza al consultorio, donde SP1 le indicó que V1 estaba entrando en paro.

47. En la nota médica del domingo 22 de abril de 2018, a las 08:26 horas, signada por SP1, se asentó que *“...AL LLEGAR A LA CLÍNICA REFIERE LA MADRE ENTREGA CARNET Y LLEVA A [V1] AL BAÑO, REFIERE EVACUACIÓN ESCASA DE COLORACIÓN AMARILLA AL SALIR DEL BAÑO EN EL ÁREA DE ESPERA PRESENTA CRISIS CONVULSIVA Y LA INGRESA AL SERVICIO INMEDIATAMENTE DONDE SE PASA A CAMILLA DE CUARTO DE CURACIONES PARA VALORACIÓN.”*

48. En la referida nota médica SP1 indicó que a la exploración física V1 se encontraba con palidez de tegumentos, mucosa oral subhidratada, cianosis peribucal, temperatura 35°C, cardiopulmonar en asistolia y que no se palpaban pulsos periféricos.

49. También se asentó que SP1 indicó canalizar a V1, circunstancia que informó a SP2, además señaló que no se encontró vía venosa, a pesar de múltiples intentos en diferentes regiones; que se colocó a V1 en camilla de observación e iniciaron reanimación con apoyo de SP2, médico interno y personal de enfermería, ventilación mecánica asistida, uso de “AMBU” con oxígeno suplementario y que se dieron 5 ciclos de 30 compresiones, así como dos ventilaciones.

50. En la referida nota médica se precisó que se *“...VALORA FRECUENCIA CARDIA Y PULSO SIGUE EN ASISTOLIA SE DAN TRES CICLOS MAS DE 15 COMPRESIONES Y DOS VENTILACIONES SIN ÉXITO, SE INDICA ADRENALINA SUBCUTANEA 0.1 MG SE REINICIA USO DE ADRENALINA INTRACARDIACA 0.1 MG SE REINICIAN CICLOS DE REANIMACIÓN 30 COMPRESIONES DOS VENTILACIONES CINCO CICLOS SW REvisa FRECUENCIA CARDIACA CONTINUA EN ASISTOLIA, SE CONTINUA TRES CICLOS MAS DE 15 COMPRESIONES DOS VENTILACIONES SE VALORA FRECUENCIA NUEVAMENTE SIN ÉXITO SE SUSPENDE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR ESTABLECIENDO HORA DE FALLECIMIENTO A LAS 08:57 HRS.”*

51. En el dictamen médico emitido por especialista de esta Comisión Nacional se estableció que el cuadro clínico que presentó V1 era coincidente con la historia natural del dengue en etapa inicial (etapa febril), en la cual el paciente diagnosticado con esa enfermedad presenta fiebre de 2 a 7 días de evolución, lo cual ocurrió en el presente caso puesto que V1 tenía dos días con fiebre al momento de la primera valoración médica.

52. También apuntó que la literatura médica especializada establece que en la segunda fase de la enfermedad causada por dengue (crítica), el paciente puede sufrir vómitos persistentes, lo cual según lo manifestado por QV, también presentó V1 el 21 de abril de 2018, y no obstante ello, AR1 omitió referirla al Servicio de Urgencias de la UMF-25 o bien a otra unidad médica que contara con dicho servicio, con la finalidad de que se hubiere ordenado la realización de otros estudios de laboratorio y gabinete para descartar algún daño a órgano blando.

53. La especialista de este Organismo Nacional explicó que otro síntoma que puede aparecer como consecuencia de la fiebre asociada a dengue en pacientes menores de 5 años, pero es posible prevenirla mediante la vigilancia estrecha y el tratamiento oportuno que se otorgue desde el inicio de esa enfermedad, son las crisis convulsivas, que presentó también V1, como lo refirió QV, lo que pudo evitarse, si en este caso AR1 hubiere realizado una semiología y exploración física completa a la paciente para estar en posibilidad de descartar o confirmar la sospecha de que presentaba dengue.

54. En virtud de lo expuesto, en el citado dictamen médico de este Organismo Nacional se concluyó que AR1 incurrió en negligencia por omisión, toda vez que no realizó una valoración médica completa de V1, además no la refirió al Servicio de Urgencias de la UMF-25 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas o a otra Unidad Médica que contara con ese servicio y no ordenó la realización urgente de estudios de laboratorio para confirmar el diagnóstico de dengue y ofrecerle un tratamiento oportuno, lo que trajo como consecuencia el deterioro del estado de salud de la agraviada y su

posterior fallecimiento, incumpliendo con su deber de garantizar calidad y oportunidad en la atención médica brindada.

55. Por otra parte, esta Comisión Nacional advierte que existen inconsistencias sobre el registro de la hora en que QV y V2 llegaron al Servicio de Urgencias en la UMF-25 el 22 de abril de 2018, toda vez que, en la hoja de consulta, vistas y curaciones, se asentó que se presentaron a las 08:26 horas, en tanto que en el informe rendido por el IMSS se señaló que estuvieron en la sala de espera aproximadamente 8 minutos y en la hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería se asentó que se recibió a paciente pediátrico a las 08:30 horas, en mal estado general, sin respuesta a estímulos ni signos vitales.

56. Considerando lo asentado en las evidencias referidas, transcurrieron 4 minutos entre la hora en que se registró la llegada de V1 a la UMF-25 y la hora en que ingresó al Servicio de Urgencias, sin embargo, QV manifestó que mientras esperaban a que V1 recibiera atención médica, la llevó al sanitario, por lo que para esta Comisión Nacional es posible establecer, de manera indiciaria, que transcurrieron más de 8 minutos, para que V1 fuese valorada y se le otorgara la atención médica que requería, circunstancia que también deberá ser investigada por el Órgano de Control Interno en el IMSS.

57. En tal virtud, AR1, vulneró su derecho humano a la protección de la salud por inadecuada atención médica, contenido en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II, 77 Bis 9, fracciones V y VIII, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

58. Asimismo, AR1 contravino lo dispuesto en los artículos 8, fracciones II y III, y 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, que prevén, entre otras actividades médicas, las curativas que tienen por objeto efectuar el diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer su tratamiento oportuno, de rehabilitación, que incluyen las

acciones tendentes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental; así como que los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, a recibir atención profesional y éticamente responsable.

B. Derecho a la Vida.

59. Como lo ha destacado esta Comisión Nacional los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales -como el derecho a la vida⁵-. Los DESC funcionan como derechos “puente” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales, como ocurrió al derecho humano a la vida de V1.

60. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son 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, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y el artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

61. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida

⁵ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. “Caso *Ximenes Lopes Vs. Brasil*”. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen.

62. En el caso “*Niños de la Calle vs. Guatemala*” la CrIDH señaló que la protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a todas sus instituciones.⁶

63. En consonancia con lo anterior, 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 el actuar profesional; en ese sentido destacan la “Declaración de Ginebra” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, el “Código Internacional de Ética Médica” adoptado por la Asociación Médica Mundial en 1949 y la “Declaración de Lisboa” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1981 como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.

64. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1, por AR1, deben ser reproducidas como el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

65. Como se precisó en el dictamen médico emitido por especialista de esta Comisión Nacional la atención médica que AR1 brindó a V1 fue inadecuada, incurriendo en negligencia por omisión, ya que no realizó una valoración médica completa y no la refirió al Servicio de Urgencias de la UMF-25 o a otra unidad médica que contara con ese servicio y laboratorio para que la realización de los estudios correspondientes a fin de confirmar el diagnóstico de dengue, lo que impidió que se le ofreciera un tratamiento oportuno, que tuvo como consecuencia el deterioro de su estado de salud y su posterior fallecimiento.

⁶ “Caso ‘Niños de la Calle’ (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala”, Sentencia de Fondo, de 19 de noviembre de 1999, párr. 144.

C. Principio del Interés Superior de la Niñez.

66. Este principio se encuentra reconocido en el artículo 4, párrafos cuarto y noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que prevén que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con este principio a fin de garantizar que las niñas, niños y adolescentes disfruten a plenitud sus derechos humanos.

67. Para esta Comisión Nacional, preservar el interés superior de la niñez es una tarea primordial, y al tratarse V1 de una persona de 4 años, perteneciente a un grupo en situación de vulnerabilidad por su corta edad, en este caso son aplicables los artículos 6.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 1.1 y 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; y los principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño y 14 y 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que en términos generales establecen los derechos de niños, niñas y adolescentes a la máxima medida posible de supervivencia y desarrollo, al más alto nivel de salud y a las medidas de protección que en su condición de niños debe garantizar el Estado.

68. El interés superior de la niñez debe ser materializado en todos los ámbitos en que se desarrollen y convivan las niñas, niños y adolescentes, lo que se traduce en la obligación que tienen los padres, tutores, autoridades y servidores públicos que directa o indirectamente intervengan en su desarrollo para satisfacer de manera integral sus derechos, por lo que cualquier decisión de la autoridad debe de estar dirigida a lograr su bienestar en todos los aspectos de su vida.

69. La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su preámbulo, reconoce que todo menor de edad requiere de protección y cuidado especiales, en ese sentido, en el artículo 3.1 establece que todas las medidas que adopten las instituciones públicas o privadas, los tribunales, las autoridades administrativas y los órganos legislativos, atenderán de manera primordial este principio.

70. En ese sentido, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su Artículo 24.1, establece que *“Todo niño tiene derecho, (...), a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”*.

71. La SCJN, ha considerado que en relación con el interés superior del menor cuando se tome una decisión que les afecte en lo individual o colectivo, *“(...) se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior (...), el interés superior del menor es un concepto triple, al ser: (I) un derecho sustantivo; (II) un principio jurídico interpretativo fundamental; y (III) una norma de procedimiento. [dicho derecho] prescribe que se observe ‘en todas las decisiones y medidas relacionadas con el niño’, lo que significa que, en ‘cualquier medida que tenga que ver con uno o varios niños, su interés superior deberá ser una consideración primordial a que se atenderá’, lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también (...) los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas. (...) las decisiones particulares adoptadas por las autoridades administrativas -en esferas relativas a la (...) salud (...) deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él (...) y como algo primordial requiere tomar conciencia de la importancia de sus intereses en todas las medidas y tener la voluntad de dar prioridad a esos intereses (...).”*⁷

72. El artículo 3, incisos A) y F), de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, aplicable al momento de los hechos, establecía como dos principios rectores en la protección de sus derechos el *“interés superior de la infancia”* y la *“corresponsabilidad de los miembros de la familia, Estado y sociedad”*.

73. La Observación General 14 sobre “el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial” del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (Artículo 3, párrafo 1),⁸ señala que *“La plena aplicación del*

⁷ Tesis constitucional *“Derechos de las niñas, niños y adolescentes. el interés superior del menor se erige como la consideración primordial que debe de atenderse en cualquier decisión que les afecte”*. Semanario Judicial de la Federación, 6 de enero de 2017, y registro: 2013385.

⁸ Introducción, inciso A, párrafo 5.

concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral (...) del niño y promover su dignidad humana (...)”.

74. La Observación General 15 del Consejo Económico Social de las Naciones Unidas sobre el “*derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*”, establece que “*(...) El artículo 3, párrafo 1, de la Convención obliga a las instituciones de previsión social, tanto públicas como privadas, (...) a velar por que se determine el interés superior del niño, que constituye una consideración de primer orden en todas las acciones que afectan a la infancia. Este principio debe respetarse en toda decisión en materia de salud relativa a niños individuales o un grupo de niños (...)*”.

75. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en el artículo 19, apunta que todo niño debe recibir “*(...) las medidas de protección que su condición (...) requiere, por parte de su familia, de la sociedad y del Estado*”.

76. La Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25 señala que la infancia tiene “*derecho a cuidados y asistencia especiales*”.

77. La CrIDH advirtió la protección especial que deben tener los niños, al resolver que: “*(...) los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos (...), su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona (...)*”.⁹

78. En ese sentido, esta Comisión Nacional considera que las niñas y los niños que sufren enfermedades se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, sobre todo en la primera infancia (de 0 a 6 años de edad), porque por su capacidad disminuida para expresar con claridad la sintomatología que presentan, para protegerse de los padecimientos

⁹ “Caso González y otras Campo Algodonero Vs. México”. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párrafo 408.

que contraen o para hacer frente a las consecuencias negativas de los mismos, ocasiona que tales padecimientos puedan originar mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad.

79. Con base en lo anterior, AR1, adscrito a la UMF-25 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, al momento de ofrecerle a V1 atención médica, debió tener en cuenta que se trataba de una persona que se encontraba en una condición de vulnerabilidad, ya que se encontraba en extremos de la vida, situación que en el caso de sospecha de dengue, lo obligaba a otorgarle dicha atención de manera preferente, prioritaria e inmediata; contrario a ello AR1, omitió ordenar el ingreso de V1 al servicio de urgencias de esa Unidad Médica o de otra que contara con dicho servicio, la realización de estudios de laboratorio que le permitieran confirmar el padecimiento y el monitoreo de la evolución del estado de salud de la paciente, instruyendo su cuidado en su domicilio, lo que ocasionó un retraso para establecer un diagnóstico temprano e impidió que se le otorgara el tratamiento médico oportuno, contribuyendo a que su estado de salud se deteriorara y fuera causa de su deceso, por lo que al no haber sucedido vulneró el principio de interés superior de la niñez como se analizará enseguida.

80. En ese sentido, la CrIDH ha establecido que el “Estado debe prestar especial atención a las necesidades y a los derechos de los niños, en consideración a su condición particular de vulnerabilidad”.¹⁰

81. En consecuencia, AR1, vulneró el interés superior de la niñez, al omitir considerar las condiciones mínimas que le garantizaran a V1 los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud implicaría *“una atención sanitaria de alta calidad que identifique las necesidades de salud de las personas de una forma total y precisa con recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva*

¹⁰ CrIDH, “Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño”. Opinión Consultiva OC-17/02, de 28 de agosto de 2002, párrafos 53, 54 y 60 y, “Caso Chitay Nech y otros vs. Guatemala”, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de mayo de 2010. Serie C No. 212, párrafo 164.

como el estado actual del conocimiento lo permite”¹¹ con la finalidad de generar la seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención médica, con la cual se evita, previenen y mejoran los resultados adversos derivados de procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció.

82. En razón de lo expuesto, AR1, transgredió los derechos humanos de V1, a la protección de la salud, así como a la vida previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafos cuarto y noveno constitucionales; 1º, 3, incisos A) y F), 4, 15, 20, 21, párrafo primero y 28, inciso B), de la entonces Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes; 1, 3.3 y 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 4.1 y 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 12.1 y 12.2 inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4, de la Declaración de los Derechos del Niño; 3 y 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X, XI y 51 párrafo primero, de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren relacionados niños se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

83. También incumplió con lo dispuesto en los artículos 7 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas 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, por lo que están obligados a procurar un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad y acordes al conocimiento científico vigente, lo cual no sucedió ante las omisiones descritas y que tuvo como consecuencia el fallecimiento de V1.

84. Para garantizar la adecuada atención médica a la niñez, se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en

¹¹ Secretaría de Salud: “Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”, 2013, página 26.

esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.¹²

85. Para el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, en especial, en relación a la meta 3.2., cuya misión es: *“poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años”*.

86. Por tanto, corresponde al Estado mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a través de la capacitación continua del personal de la salud para que su actuar se ajuste a los protocolos y guías que rijan su actuar y de esta manera, se garantice una adecuada atención médica que abarque la integridad personal de quienes confían en los servicios de salud para que se logre la meta propuesta mediante el reforzamiento de los servicios hospitalarios para hacer frente a cualquier tipo de urgencia.

D. Derecho de acceso a la información en materia de salud.

87. El artículo 6º, párrafo dos, de la Constitución Política establece que *“Toda persona tiene derechos al libre acceso a la información”* y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

88. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.¹³

89. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU previene que en materia de salud el derecho de acceso a la información *“comprende el*

¹² *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*.

¹³ CNDH. Recomendaciones 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116, entre otras.

derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”¹⁴

90. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*¹⁵

91. Se debe considerar que la NOM-Del Expediente advierte 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, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”*

92. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29, 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 les brinda.

¹⁴ Observación General 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

¹⁵ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

93. 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 actualizados sobre el estado de salud de la persona.¹⁶

94. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió inadecuada integración del expediente clínico de V1 en la UMF-25 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, toda vez que en la nota médica de la atención que se le otorgó el viernes 20 de abril de 2018, AR1 omitió consignar la frecuencia cardíaca o respiratoria de la niña, contraviniendo lo establecido en el punto 6.1.2 de la NOM-Del Expediente.

95. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como lo ha venido sosteniendo esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 39/2015, 8/2016, 40/2016, 47/2016, 75/2017, 1/2018, 52/2018, 75/2018, 77/2018, 21/2019, 47/2019, 16/2020, 23/2020, 35/2020, 42/2020 y 43/2020.

96. La idónea integración de los expedientes clínicos de V1 es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente

¹⁶ CNDH, op. cit. párr. 34, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.

a su tratamiento; de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la citada norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.¹⁷

97. Resulta aplicable en la especie, la sentencia del “*Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*” del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere: “...*la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un 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.*”; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

Responsabilidad.

98. La responsabilidad generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos, analizadas y evidenciadas, corresponde a AR1, que valoró a V1, el 20 de abril de 2018, y quien omitió realizar una exploración física completa de la paciente, ordenar de manera urgente la realización de estudios de laboratorio y su ingreso al Servicio de Urgencia de la UMF-25 o de otra Unidad Médica que contara con dicho servicio.

99. En virtud de ello, AR1, incumplió las obligaciones contenidas en los artículos 7, fracción I y 47, fracción I, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas y 303, de la Ley del Seguro Social, en los que se prevé la obligación que tienen los servidores públicos 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.

¹⁷ 21 CNDH, Recomendaciones 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73, y 12/2016, párr. 74, entre otras.

Reparación integral del daño.

100. 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 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 las personas afectadas 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.

101. Sobre la reparación del daño en el sistema de protección a los derechos de las víctimas, tal como fue sostenido en la Recomendación 2/2015,¹⁸ conforme a 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”* (numeral 51), las víctimas tienen derecho a interponer recursos y obtener reparaciones, y prevé que la reparación de los daños sufridos tendrá como finalidad promover la justicia y remediar las violaciones, y que deberá ser proporcional a la gravedad y al daño sufrido.

102. Para que la reparación del daño resulte plena y efectiva se deberá tomar en cuenta la restitución, la indemnización, la rehabilitación, la satisfacción y las garantías de no repetición, así también se prevé en los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 7, fracción II y 26 de la Ley General de Víctimas.

¹⁸ CNDH. Del 30 de enero de 2015, párrs 92 a 99.

103. Según los “Principios” citados, la restitución, siempre que sea posible, ha de devolver a la víctima a la situación anterior a la violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o la violación grave del derecho internacional humanitario, lo cual, en el caso es claramente imposible.

104. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III 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 CEAV, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015 y el “Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo 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 y, en consecuencia el derecho a la vida de V1, se le deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, así como a QV, V2 y V3, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.

105. Siendo aplicable al caso, lo previsto 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”, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto 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.



a) Rehabilitación.

106. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar a QV, V2 y V3 la atención psicológica y tanatológica que requieran, por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcancen su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a sus necesidades específicas.

107. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos.

b) Satisfacción.

108. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de la víctima; se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, comprende que la autoridad colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa y denuncia que se presenten, ante el Órgano Interno de Control en el IMSS y la Fiscalía General de la República, respectivamente, para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

c) Medidas de no repetición.

109. Estas 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.



d) Compensación.

110. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “... *tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”¹⁹

111. Esta Comisión Nacional ha señalado que para calificar el debido cumplimiento de las Recomendaciones, será necesario que la autoridad cumpla con las obligaciones en la materia establecidas en la Ley General de Víctimas, considerando en todo momento los estándares desarrollados en jurisprudencia internacional de los derechos humanos. Para tal efecto, es necesario priorizar en el cumplimiento de las medidas de compensación y rehabilitación.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral por los daños causados a QV, V2 y V3, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el deceso de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, se les otorgue atención psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas en esta

¹⁹ “Caso *Palamara Iribarne Vs. Chile*” Sentencia del 22 de noviembre de 2015, Fondo, Reparaciones y Costas, p. 244



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

SEGUNDA. Se colabore con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se formule ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social contra AR1 y quien resulte responsable por las omisiones precisadas en el apartado de Observaciones de la presente Recomendación, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore con la Fiscalía General de la República en la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional formulará en contra de AR1, y quien resulte responsable por la inadecuada atención médica proporcionada a V1, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la Norma Oficial Mexicana y la Guía de Práctica Clínica citadas en esta Recomendación, a todo el personal médico de la UMF-25, en particular a AR1, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS en Chiapas, particularmente de la UMF-25 en Tuxtla Gutiérrez, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brinda, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se supervise durante un



periodo de seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con objeto de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, y se remitían a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.

SEXTA. Se designe a la persona servidora pública de alto nivel 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.

113. 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 en el ejercicio de las facultades que expresamente le confiere la ley como de obtener, en términos del 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.

114. 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.

115. 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.

116. 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, así como 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