



RECOMENDACIÓN No. 52/2020

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA, ASÍ COMO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V, ADULTO MAYOR, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 45 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN MAZATLÁN, SINALOA.

Ciudad de México, a 29 de Octubre 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 lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/5/2018/6322/Q, relacionado con el caso de V.

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; 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; 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.

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

Denominación	Claves
Quejoso	Q
Víctima	V
Servidor Público	SP
Autoridad Responsable	AR
Víctima Indirecta	VI



4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones 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 como sigue:

Institución	Acrónimo
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	CPEUM
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Unidad de Medicina Familiar No. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Mazatlán, Sinaloa	UMF-45
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC
Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sinaloa	Comisión Estatal
Delegación de la entonces Procuraduría General de la República en Mazatlán, Sinaloa.	PGR
Fiscalía General de la República	FGR
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, del H. Consejo Consultivo, de la Delegación Sinaloa, del IMSS	Comisión Bipartita

Normatividad	Acrónimo
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Cetoacidosis Diabética en niños y adultos	Guía de Práctica Clínica.
Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, "Del Expediente Clínico"	Norma Oficial del Expediente Clínico

I. HECHOS.

5. El 1° de enero de 2018 V, varón de 76 años de edad, ingresó al Servicio de Urgencias de la UMF-45, debido a que presentó fuerte dolor de abdomen, diarrea con color oscuro y elevado nivel de glucosa, ocasión en la que fue atendido por AR, quien a los pocos minutos lo dio de alta, sin dejarlo en observación, ni practicarle estudio de laboratorio y/o gabinete alguno.

6. El 3 de enero de 2018, siendo aproximadamente las 09:00 horas V, regresó al Área de Urgencias de la citada UMF-45 por presentar frecuencia cardiaca de un latido por minuto y respiratoria de una por minuto, ocasión en la que fuera recibido por SP2, según manifestación de Q, quien declaró su defunción y procedió a notificar a un Agente del Ministerio Público, en lugar de intentar revertir la situación.

7. Por los hechos narrados, el 30 de julio de 2018, Q, presentó queja ante la Comisión Estatal, la cual por razón de competencia fue remitida a este Organismo Nacional, iniciándose el expediente CNDH/5/2018/6322/Q, y a fin de documentar las probables violaciones a Derechos Humanos, por lo que se obtuvo el informe y copia del expediente clínico que remitió el IMSS, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

8. Escrito de queja de 30 de julio de 2018 suscrito por Q, presentado ante la Comisión Estatal que, por razón de competencia, fue remitido a este Organismo Nacional el 7 de agosto de ese año, en la que manifestó negligencia médica en agravio de V, atribuible al personal del IMSS.

9. Oficio No. 095217614C21/2173 de 17 de septiembre de 2018, con el cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, copia de diversas documentales, entre otras, las siguientes:

9.1. Nota médica de las 10:02 horas, del 23 de enero de 2014, elaborada por SP1, adscrito al HGZ- 3, en la cual se asentó que desde ese año V padecía de diabetes mellitus T2, hipertensión arterial, insuficiencia venosa, gastritis, osteoartrosis degenerativa y glaucoma.

9.2 Nota médica de las 16:57 horas, del 1° de enero de 2018, en la cual AR describió que V se encontraba con cuadro clínico de 2 horas de evolución por dolor abdominal, 3 evacuaciones diarreicas, presión arterial 110 sobre 60, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto y glucosa de 270 mg, tomada por destroxitis,¹ diagnosticando “hiperglicemia”²

¹ Toma rápida de glucosa capilar es un estudio muy rápido y seguro para determinar los niveles de azúcar en sangre, da a conocer sus resultados en menos de 10 segundos, con la capacidad de diagnosticar Diabetes Mellitus y el Síndrome de Resistencia a la Insulina, así como su adyuvante en el control metabólico.

² Exceso de azúcar (glucosa) en la sangre.

9.3. Nota médica de las 09:09 horas, del 3 de enero de 2018, en la cual SP2 diagnosticó a V con “*Asistolia*”.³

10. Acta circunstanciada de 19 de octubre de 2018, en la que consta la manifestación de Q relativa a que el 1º de ese mes y año presentó denuncia ante la entonces PGR, donde se inició la CI.

11. Oficio No. 095217614C21/3079 de 30 de noviembre de 2018, mediante el cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, la determinación que emitió la Comisión Bipartita, el 10 de julio de 2018, en sentido improcedente, dentro de la queja médica QM.

12. Oficio No. 095217614C21/3155 de 14 de diciembre de 2018, con el cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional estudio de gabinete (electrocardiograma) practicado a V el 12 de diciembre de 2017, en la UMF-45 y la declaración de AR respecto de la atención médica otorgada a V.

13. Acta circunstanciada de 16 de mayo de 2019, en la que se hizo constar que Q aportó, mediante correo electrónico a este Organismo Nacional, el oficio número 00641/30.102/0011/2019 de 15 de enero de 2019, suscrito por el Titular del Área de Auditoría, de Quejas y de Responsabilidades del OIC, quien le informó la determinación del EA.

14. Dictamen médico de 27 de septiembre de 2019, suscrito por una especialista de esta Comisión Nacional respecto del caso de V.

³ Se define en medicina como la ausencia completa de actividad eléctrica en el miocardio.

15. Acta circunstanciada de 3 de septiembre de 2020, en la que consta la recepción de mensaje de correo electrónico de Q, con el que aportó copia del Certificado de Defunción, de 3 de enero de 2018, con número de folio 170672149, a nombre de V.

16. Acta circunstanciada de 19 de octubre de 2020, en la que se certificó una comunicación telefónica con Q, quien manifestó que la CI a esa fecha aún se encontraba en trámite.

17. Acta circunstanciada de 28 de octubre de 2020, en la cual consta una conversación telefónica sostenida con V, quien señaló que el 21 de septiembre de 2018, presentó queja, vía telefónica, ante el OIC por la mala atención médica que V recibió por AR en la UMF-45, donde se inició el EA.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

18. El 30 de abril de 2018 Q presentó QM ante la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente, de la Delegación Estatal en Sinaloa, del IMSS.

19. El 10 de julio de 2018, la Comisión Bipartita, emitió la determinación en sentido improcedente, dentro del QM.

20. El 30 de julio de 2018, Q presentó queja ante la Comisión Estatal, la cual por razón de competencia fue remitida a este Organismo Nacional el 7 de agosto de ese año, por negligencia médica en contra del personal del IMSS en agravio de V.

21. El 21 de septiembre de 2018, Q interpuso queja telefónica ante el OIC, por la mala atención médica que consideró se brindó a V en la UMF-45 por parte de AR, instancia que inició el expediente administrativo EA.

22. El 1° de octubre de 2018, Q presentó denuncia ante la entonces PGR por la atención médica proporcionada a V por personal del IMSS, iniciándose la CI, la que, al 19 de octubre de 2020, se encontraba en trámite.

23. El 14 de enero de 2019, el OIC emitió Acuerdo de Archivo por falta de elementos, dentro del EA, al concluir que en el caso concreto la denuncia planteada fue debidamente atendida, dejando a salvo los derechos de Q, a fin que, de considerarlo oportuno, los haga valer ante la instancia legal que estime pertinente.

IV. OBSERVACIONES.

24. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/5/2018/6322/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 de 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 violación al derecho humano a la protección de la salud y a la vida, por inadecuada atención médica, la que junto con las comorbilidades que presentaba, contribuyó al deterioro del estado de salud de V, trayendo como consecuencia su fallecimiento, atribuible a AR, personal médico adscrito al Servicio de Urgencias de la UMF-45; lo anterior en razón de las consideraciones que se exponen a continuación:

A. Situación de vulnerabilidad de las personas adultas mayores que padecen enfermedades crónicas.

25. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de adulto mayor, específicamente a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad, por tratarse de una persona de 76 años, por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, considerada en la CPEUM y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal de la UMF-45.

26. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquel *“estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.”*⁴ A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

27. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que *“por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.”*⁵

⁴Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *“Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”*, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, p. 8; CNDH, Recomendación 26/2019, p. 24. Y CNDH, Recomendación 23/2020, p. 22.

⁵ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

28. Asimismo, el artículo 17, párrafo primero del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador"); los artículos 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 de "Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores"; los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, y la Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad establecen que los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención que son los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

29. En el mismo sentido, se han pronunciado la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena en 1982 de la que derivó el Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento; la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en 1993 (de la que emanó la Declaración citada); la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid en 2002, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento en 2003; la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2003; la Declaración de Brasilia en 2007; el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre las personas mayores en 2009; la Declaración de compromiso de Puerto España en 2009 y la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe en 2012.

30. El citado artículo 17 del "Protocolo de San Salvador", en el rubro de "Protección a los Ancianos" señala que: *"Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad"*, por lo que *"... los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica..."*.

31. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas consideradas adultos mayores, el 25 de junio de 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en cuyo artículo 3, fracción I, establece que: "Personas adultas mayores: Aquéllas que cuentan con sesenta años o más de edad"; y en el diverso 4, fracción V, dispone como principio rector del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como "...aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores."

32. Asimismo, entre otros derechos de las personas adultas mayores, previstos en el artículo 5º, fracciones I, III y IX del citado ordenamiento se señalan: el derecho de la integridad, dignidad y preferencia; derecho a la salud y derecho de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta ley, conforme al artículo 10 es propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social.

33. Adicionalmente la Ley General de Salud, en su artículo 25, ordena que en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud “*se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos en situación de vulnerabilidad.*”

34. A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades crónicas son aquellas de “*larga duración y por lo general de progresión lenta*”.⁶ Para dicho Organismo Internacional, las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor afectación son las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición.⁷

35. En sentido similar, el IMSS considera que las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan por progresión lenta y de larga duración; son complejas e implican un alto grado de dificultad técnica. Entre las que generan mayores costos al Instituto son las enfermedades i) cardiovasculares e hipertensión arterial; ii) la diabetes mellitus; iii) los cánceres, en particular el cérvico-uterino y de mama, y iv) la insuficiencia renal crónica, principalmente como complicación de las dos primeras.⁸

36. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, advierte que, las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, porque tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer

⁶ OMS, *Enfermedades crónicas*. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

⁷ OMS, “*Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa*”, Suiza, OMS, 2006, p. 8.

⁸ IMSS, “*Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017*”, Ciudad de México, IMSS, 2017, p. 40

frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal derecho, los efectos pueden ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria.⁹

37. En ese sentido, la diabetes es definida como aquella *“enfermedad sistémica, crónica degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.”*¹⁰

38. El Informe Mundial sobre la Diabetes, de la OMS, indica que dicho padecimiento *“puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente. Algunas de [ellas] son el infarto del miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia renal, la amputación de miembros inferiores, la pérdida de agudeza visual y la neuropatía. En el embarazo, la diabetes mal controlada aumenta el riesgo de muerte fetal y otras complicaciones.”*¹¹

39. La regulación médica nacional en la materia es amplia, entre ésta, cuenta con una Norma Oficial Mexicana sobre diabetes¹², así como con al menos 20 Guías de Práctica Clínica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), destacando las recomendaciones sobre el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2

⁹CNDH. Recomendaciones 82/2019 y 23/2020.

¹⁰Secretaría de Salud, *“Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”*, numeral 3.20

¹¹Organización Mundial de la Salud, *“Informe mundial sobre la diabetes”*, Suiza, OMS, 2016, p. 6.

¹²Secretaría de Salud, *“Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010...; op. cit.*

en el primer nivel de atención; diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética en niños y adultos, entre otras.¹³

40. Esta Comisión Nacional ha documentado y acreditado varios casos de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida por parte del IMSS, en agravio de personas con enfermedades diabéticas, verificándose en la mayoría de estos el desarrollo de padecimientos en las que dicha enfermedad crónica era un factor de riesgo.¹⁴

41. En el presente caso, el especialista de este Organismo Nacional advirtió que el 1 de enero de 2018 V ingresó al área de urgencias del UMF-45, siendo atendido por AR quien en su nota médica señaló como diagnóstico “hiperglicemia”, (exceso de azúcar en la sangre) sin que aportara mayores datos de control, y sin que exista constancia alguna que acreditara un manejo multidisciplinario para su atención en su calidad de adulto mayor con padecimiento crónico, a pesar de la obligación que tenía de garantizar el máximo respeto a sus derechos humanos, particularmente el de la protección de la salud, pues tampoco instruyó su canalización a un segundo nivel de atención para su correcta valoración médica, ni haberle realizado los estudios clínicos para verificar sus condiciones de salud, además de que debió tener en cuenta que se trataba de una persona de 76 años de edad, que ubicaba a V, en una condición de especial vulnerabilidad y que, por tanto, la atención médica proporcionada tenía que ser preferente, prioritaria e inmediata, como se describirá y analizará en el apartado siguiente.

¹³Tales Guías pueden consultarse en la página electrónica del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud, con el siguiente link: https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=5223.

¹⁴CNDH. Recomendaciones 35/2020, 23/2020, 16/2020, 8/2019; 65/2018, 61/2018; 30/2018; 22/2018, entre otras.

B. Derecho a la Protección de la Salud.

42. Esta CNDH ha señalado que 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.¹⁵

43. Por su parte el numeral 4 de la CPEUM, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*¹⁶.

44. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 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 OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*¹⁷

¹⁵ CNDH. Recomendaciones 23/2020, p. 36; n 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28

¹⁶ **Artículo 1o. Bis.**- *Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.* Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

¹⁷ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCROBSERVACION GENERAL 14.

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

46. La SCJN en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección¹⁸, expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “...*el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles*”, por lo que para garantizarlos, el Estado, a través de sus instituciones, debe otorgarlos con calidad, debiéndose comprender calidad como “*la exigencia de ser apropiados médica y científicamente*”.

47. Esta Comisión Nacional ha reconocido que el derecho a la salud, también debe entenderse como una prerrogativa de exigir al Estado, un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud y que “*el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad*”¹⁹.

48. En la Recomendación General 15 “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, del 23 de abril de 2009, ha señalado 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*

¹⁸ “*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. CNDH. Recomendaciones 77/2018, párr. 20; 56/2017, párr. 46; 50/2017, párr. 26; 66/2016, párr. 32 y 14/2016, párr. 32.

¹⁹ CNDH. Recomendación General 15, “*Sobre el derecho a la protección de la Salud*”, párr. 24.

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". 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 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".

49. Así, como ya se expuso en párrafos anteriores, el 1 de enero de 2018, V acudió al servicio de urgencias de la UMF-45 por referir dolor abdominal y diarrea, sitio en el que fue atendido por AR quien asentó en su nota médica que V cursaba con cuadro clínico de 2 horas de evolución por dolor abdominal, 3 evacuaciones diarreicas, presión arterial 110 sobre 60, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto y glucosa de 270 mg, tomada por destroxitis,²⁰ diagnosticándolo con hiperglicemia, sin precisar en la nota médica tratamiento o si fue dado de alta.

50. Sobre lo cual Q manifestó en su escrito de queja que a las 16:50 horas, de ese día que AR dio de alta a V, sin dejarlo en observación, a pesar de que tenía la glucosa muy elevada (270 miligramos), y tampoco fue hospitalizado, suministrándole unas tabletas e indicándole reposo en casa, sin solicitar ayuda especializada ni requerir la realización de más estudios.

²⁰ Toma rápida de glucosa capilar es un estudio muy rápido y seguro para determinar los niveles de azúcar en sangre, da a conocer sus resultados en menos de 10 segundos, con la capacidad de diagnosticar Diabetes Mellitus y el Síndrome de Resistencia a la Insulina, así como su adyuvante en el control metabólico.

51. Lo anterior fue confirmado en el dictamen médico elaborado por un especialista de este Organismo Nacional, quien señaló que en la nota médica de 1 de enero de 2018, AR no plasmó que efectuó una revisión clínica e interrogatorio completo para identificar que se trataba de una cetoacidosis diabética, para así brindar un tipo de tratamiento o indicaciones otorgadas para su manejo, tampoco indicó el traslado de V a una Unidad Médica de Segundo Nivel, incumpliendo de tal manera con lo previsto la Guía de Práctica Clínica, que establece que si el paciente se encuentra con las características clínicas de una cetoacidosis diabética, como son dolor abdominal e hiperglicemia, debe ser enviado a una Unidad de Segundo Nivel en el que debe incluir los siguientes estudios de laboratorio: determinación de glucosa plasmática, nitrógeno ureico, creatinina, electrolitos, osmolaridad, cetonas urinarias o séricas, examen general de orina, así como gasometría venosa y biometría hemática completa con diferencial.

52. De igual forma, la especialista de esta Comisión Nacional indicó que de acuerdo al tiempo y cuadro clínico de 2 horas de evolución por dolor abdominal, 3 evacuaciones diarreicas, presión arterial 110 sobre 60, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto y glucosa de 270 mg, tomada por destroxitis,²¹ diagnosticándolo con hiperglicemia, el 1° de enero de 2018, la bibliografía médica refiere que en pacientes que cursan con Diabetes Mellitus tipo dos, pueden manifestarse complicaciones agudas y crónicas, siendo las primeras las de mayor riesgo, ya que suelen presentarse de manera rápida e insidiosa, pero pueden ser ampliamente identificables clínicamente, tal es el caso de la cetoacidosis diabética²², la cual puede provocar náuseas, vómito y en casi todos los casos se presenta dolor abdominal.

²¹ Toma rápida de glucosa capilar es un estudio muy rápido y seguro para determinar los niveles de azúcar en sangre, da a conocer sus resultados en menos de 10 segundos, con la capacidad de diagnosticar Diabetes Mellitus y el Síndrome de Resistencia a la Insulina, así como su adyuvante en el control metabólico.

²² Complicación grave de la diabetes en la que el cuerpo produce un exceso de ácidos en la sangre (cetonas).

53. En el citado dictamen también se estableció que en el interrogatorio realizado por AR, en la consulta médica de 1 de enero de 2018, fue que V refirió la presencia de tres evacuaciones diarreas de color amarillenta, las cuales a pesar de no presentar moco o sangre, indican la presencia de un proceso infeccioso, el cual según la bibliografía especializada, es uno de los desencadenantes de una cetoacidosis diabética, complicación diabética grave que si no se diagnostica y trata con oportunidad, puede desencadenar la muerte del paciente.

54. Concluyendo así, que desde el punto de vista médico legal, AR incurrió en negligencia médica por omisión en la consulta brindada a V, el 1° de enero de 2018, en la UMF-45, al no realizar una revisión clínica e interrogatorio completo para identificar que se trataba de una cetoacidosis diabética, a pesar de contar en ese momento con elementos clínicos básicos que la bibliografía médica describe para diagnóstico de la cetoacidosis diabética, toda vez que se trataba de una complicación grave.

55. Asimismo, al no identificar dicha complicación, AR omitió el envío de V a una unidad de segundo nivel de atención médica, como lo establece la Guía de Práctica Clínica, trayendo como consecuencia el deterioro del estado de salud de V, que a la postre contribuyó a su deceso.

56. La especialista de esta Comisión Nacional precisó que independientemente de la causa de muerte de V, acaecida el 3 de enero de 2018, por el tipo, forma y tiempo del cuadro clínico presentado, el deterioro de su estado de salud derivó en una complicación aguda de la Diabetes Mellitus, la cual fue desencadenada por un proceso infeccioso no identificado oportunamente por AR, lo cual propició el aumento y no control de las cifras de glucosa en V, contribuyendo, junto con las comorbilidades

propias de su padecimiento, a su fallecimiento el cual se debió a una insuficiencia cardiaca aguda, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus.

57. Por otro lado, cabe hacer mención que, de lo señalado en el propio dictamen médico, emitido por la especialista de este Organismo Nacional, se desprende que la intervención de SP2 de 3 de enero de 2018, en el presente caso, fue adecuada en base a los siguientes términos:

57.1. SP2 no incurrió en responsabilidad médica alguna, en virtud de que su participación tuvo lugar cuando V presentó disminución en la movilidad de las extremidades, palidez de piel y mucosas de aproximadamente seis horas de evolución, pérdida de la conciencia, pupilas sin respuesta al estímulo luminoso, sin responder a estímulos y sin signos vitales, realizando a las 08:44 horas, del 3 de enero de 2018, electrocardiograma el cual reflejó un trazo asistólico, lo que confirmó la muerte de V.

58. De las irregularidades descritas y analizadas se concluye que AR, transgredió lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 25, 27 fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, 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, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); y lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, debido a su negligencia, al omitir llevar a cabo los medios auxiliares clínicos y

hospitalarios, para ofrecer un diagnóstico certero de la cetoacidosis diabética que cursaba V, y así brindar el tratamiento médico oportuno a su padecimiento a fin de evitar los hechos materia de la presente recomendación; con lo que se impidió garantizar con efectividad a V su derecho a la protección a la salud.

C. Derecho a la vida.

59. Ahora bien, al delimitarse las responsabilidades derivadas de la negligencia por omisión, descritas en los párrafos que anteceden, esta mermó el acceso a una atención médica oportuna que agotara todas las posibilidades para lograr la mejoría en el estado de salud de V, lo cual tuvo como consumación la falta de un diagnóstico cierto y el tratamiento correspondiente, lo que causó el deterioro de sus condiciones de salud, trayendo como desenlace su posterior fallecimiento.

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, segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que dispone no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida, por lo que le corresponde al Estado, a través de sus instituciones, respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

61. La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. En razón de dicho carácter, los Estados tienen la

obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio²³, entendiéndose con ello que, los derechos a la vida y a la integridad personal, se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de la misma.

62. La SCJN ha determinado que: *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no solo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).”*²⁴

63. 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 asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”*.²⁵

²³ CrIDH, “Caso González y otras (Campo Algodonero) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232

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

²⁵ CNDH. Recomendaciones 44/2020. Párrafo 56, 23/2020. Párrafo 80 y 75/2017. Párrafo 61.

64. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica de V por parte de AR, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

65. Lo anterior, toda vez que se advirtió que AR, incurrió en negligencia por omisión, incumpliendo a su vez 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”.*

66. De igual forma, al no identificar AR de forma oportuna y precisa la Cetoacidosis Diabética, con la que cursaba V y su posterior omisión del envío a una unidad médica de segundo nivel, tal y como lo establece la Guía de Práctica Clínica, la salud del V se deterioró, contribuyendo junto con las comorbilidades que presentaba a su posterior fallecimiento el cual se debió, como ya quedó asentado en párrafos superiores a una Insuficiencia Cardíaca Aguda, Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus.

67. Además, AR incumplió el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud que dispone: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)”* en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica: *“CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”.*

68. En ese sentido, una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el mencionado artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud.

69. En el presente caso, AR omitió considerar el estado integral de V, a quien, al no haber agotado los medios correspondientes, ya indicados en el cuerpo de la presente Recomendación, incurrió en una falta de atención médica adecuada y oportuna a su padecimiento de hiperglicemia (exceso de azúcar en la sangre), que en el caso ameritaba su traslado a una unidad de segundo nivel en el que se debe incluir los siguientes estudios de laboratorio: determinación de glucosa plasmática, nitrógeno ureico, creatinina, electrolitos, osmolaridad, cetonas urinarias o séricas, examen general de orina, así como gasometría venosa y biometría hemática completa diferencial; lo anterior, a fin de que se hubiera diagnosticado oportunamente la cetoacidosis diabética que cursaba V, por lo que el padecimiento evolucionó con la imposibilidad de brindar un manejo médico específico a la patología, contribuyendo en el deterioro del estado de salud del paciente y en su fallecimiento.

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

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

71. 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.²⁶

72. 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 derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*²⁷

73. 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, *“(…) 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”*.²⁸

74. Por otra parte, 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, magneto-ópticos 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;*

²⁶ CNDH. Recomendaciones 45/2020, párr. 88; 44/2020, párr.61; 43/2020, párr. 68; 42/2020, párr. 58; 35/2020, párr. 111; 23/2020, párr. 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116.

²⁷ 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.

²⁸ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 27.

además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”

75. Al respecto, 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.²⁹

76. 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.³⁰

77. 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

²⁹ CNDH. Párrafo 33 y Recomendaciones 45/2020, p. 92; 35/2020, p. 115; 23/2020, p. 95; 33/2016, p. 104.

³⁰ CNDH, op. cit., 45/2020, párr. 93; 35/2020, párr. 116; 23/2020, párr. 96; 26/2019, párr. 34; 21/2019, párr. 68; y 33/2016, párr. 105. párr. 67

conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 45/2020, 44/2020, 43/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 16/2020, 1/2019, 3/2019, 8/2019, 21/2019, 26/2019 y 33/2019.

78. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió que, en la nota médica, de 1 de enero de 2018, en la UMF-45, AR omitió describir el tipo de tratamiento implementado, por lo que infringió el lineamiento del punto 6.2.6. de la Norma Oficial del Expediente Clínico que establece: “(...) *Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo las dosis, vía de administración y periodicidad (...)*”.

79. Asimismo, la especialista en medicina de este Organismo Nacional, advirtió inobservancia a la Norma Oficial del Expediente Clínico tanto por AR, así como SP2, debido a que en diversas notas médicas se omitió plasmar el nombre completo del médico que elaboró la nota médica correspondiente; algunas de ellas ilegibles, y el abuso de abreviaturas.

80. La idónea integración del expediente clínico de V 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 a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.³¹

³¹ CNDH, Recomendaciones 23/2020, párr. 100; 16/2020, párr. 73; 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73, y 12/2016, párr. 74.

V. RESPONSABILIDAD.

81. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR incurrió en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, consistentes en violación al derecho a la protección de la salud y a la vida, por la falta de brindar una atención médica adecuada y oportuna a su padecimiento de hiperglicemia (exceso de azúcar en la sangre), que en el caso ameritaba su traslado a una unidad de segundo nivel en el que se debió incluir los estudios de laboratorios correspondientes, a fin de que se hubiera diagnosticado oportunamente la cetoacidosis diabética que cursaba V, por lo que el padecimiento evolucionó con la imposibilidad de brindar un manejo médico específico a la patología, contribuyendo en el deterioro de su estado de salud y posterior fallecimiento.

82. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR, evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, de conformidad con lo previsto en la normatividad aplicable, dado que todos los servidores públicos deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia, y para la efectiva aplicación de dichos principios, también deben 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. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

83. Por lo que hace a las irregularidades detectadas en el expediente clínico de V, respecto a la inadecuada elaboración de las notas médicas en el UMF-45, que repercute en la integración apropiada del expediente clínico, las instituciones de salud son responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en la NOM-Del Expediente, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

84. En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política; 6º, fracción III; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativo que corresponda.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

85. 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, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 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, atribuibles a un servidor público 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.

86. 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 V, se deberá inscribir tanto a Q, como a VI, y a quienes acrediten el derecho, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan 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.

87. 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.

88. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

89. Como consecuencia de la pérdida de la vida de V, esta Comisión Nacional determina que se deberá proporcionar a Q y VI y demás familiares que procedan conforme a derecho, 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.

b) Satisfacción.

90. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y servidores públicos responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presente para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

91. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presentará y en la CI que sigue en integración, y se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

c) Medidas de no repetición.

92. 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.

93. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a Q, VI y demás familiares que conforme a derecho corresponda, por la mala atención médica de AR que derivó en el fallecimiento de V, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones.

94. En armonía con lo dispuesto en el artículo 1º, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y de conformidad con el artículo 4º de la Ley General de Víctimas, en el presente caso, adquieren la calidad de víctimas indirectas Q, VI y quienes evidentemente sufrieron una afectación con motivo de los



hechos descritos, por lo que, de conformidad con el citado ordenamiento, tienen derecho a la reparación integral del daño.

95. 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:

VII. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidades que son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral del daño a Q, VI y familiares, que acrediten el derecho, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la mala práctica que derivó en el deceso de V, 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 Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore en la integración de la CI, con motivo de la denuncia de hechos que formuló Q en contra de AR, y remita a esta Comisión Nacional, las constancias que acrediten dicha colaboración, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social contra AR, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Diseñar e impartir en el término de dos 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 a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y de enfermería del UMF-45, en particular a AR, 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 Ciudad de México, particularmente del UMF-45, 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. Designar a la 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 sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.



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

97. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

98. 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.

99. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, 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, su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

LA PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA