



RECOMENDACIÓN No. 75 /2020

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V1, POR INDEBIDA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 196 “FIDEL VELÁZQUEZ SÁNCHEZ”, EN ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO, ASÍ COMO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. ANTONIO FRAGA MOURET” DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”, EN LA CIUDAD DE MÉXICO, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Ciudad de México, a 9 de diciembre de 2020.

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

Distinguido 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, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2018/7438/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 en términos de lo establecido 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; 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 deber 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 las distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Servidor Público

4. En la presente Recomendación la referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia, se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales serán identificadas de la siguiente manera:

Institución	Acrónimo
Instituto Mexicano de Seguridad Social "IMSS"	IMSS
Hospital General Regional No. 196 "Fidel Velázquez Sánchez" del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de México.	Hospital General Regional 196
Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" del Centro Médico Nacional "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México.	Hospital de Especialidades CMN La Raza
Organización de las Naciones Unidas	ONU

Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Fiscalía General de la República	FGR
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Agente del Ministerio Público de la Federación	AMPF
Órgano Interno de Control	OIC
Guía de Práctica Clínica	GPC
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la Ley General de Salud
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012

I. HECHOS.

5. V1 persona **sexo** de **EdadEdad** momento de los hechos, con los siguientes antecedentes de importancia: portador de **condición de salud** con tratamiento no especificado y fumador crónico.

6. A las 22:15 horas del 7 de septiembre de 2018, V acudió al servicio de Urgencias del Hospital General Regional 196 debido a que desde las 21:30 horas de ese día, presentó *“dolor torácico de inicio súbito que se irradiaba a la región mandibular”*, siendo atendido por AR1, quien lo diagnosticó con dolor torácico.

7. A las 22:49 horas, AR1 le indicó manejo con medicamentos para evitar la formación de coágulos (aspirina, clopidogrel) y analgésico (buprenorfina), monitorización cardíaca, ayuno, cuantificación de líquidos, oxígeno por puntas nasales, estudios de laboratorio y un electrocardiograma.

8. A las 23:14 horas, AR1 agregó al tratamiento prescrito, un anticoagulante (enoxaparina) y un activador del plasminógeno tisular para disolver los coágulos de sangre (tenecteplasa) y debido a que su estudio electrocardiográfico evidenció: *“infarto agudo al miocardio con bloqueo de rama”*, (bloqueo u oclusión de una arteria del corazón manifestado en el electrocardiograma) solicitó su referencia a la especialidad de Hemodinamia en el Hospital de Especialidades CMN La Raza.

9. V1 ingresó a Admisión Continua del Hospital de Especialidades CMN La Raza a las 04:07 horas del 8 de septiembre de 2017, donde SP1, le diagnosticó trombólisis *“con dos horas de retraso”* (descomposición de los coágulos formados en los vasos sanguíneos con medicamentos) solicitando su valoración urgente por Hemodinamia, al haber sido reportado con infarto agudo al miocardio.

10. A las 08:28 horas del 8 de septiembre de 2018, fue valorado en el área de choque por AR2, quien confirmó el diagnóstico de: *“infarto agudo al miocardio anterior extenso con trombólisis con 2 horas de retraso, con criterios de reperfusión (7 de septiembre 21:30 horas), hipertensión arterial (...) óptima y diabetes mellitus tipo 2 descontrolada con hiperglucemia”* e indicó que continuaría con el tratamiento establecido.

11. A las 10:50 horas de ese mismo día, fue diagnosticado por SP2 en el servicio de Hemodinamia con: *“enfermedad coronaria obstructiva trivascular y oclusión total crónica de la arteria coronaria derecha”*, siendo candidato a revascularización quirúrgica (procedimiento quirúrgico para tratar el taponamiento de los vasos sanguíneos y mejorar el flujo de sangre), canalizándolo a la sesión *“médico-quirúrgica”*.

12. Ante la falta de espacio físico en la Unidad Coronaria, V1 reingresó al servicio de Admisión Continua donde evolucionó al deterioro, sin que personal médico lo supervisara y siendo las 23:00 horas presentó súbitamente dolor opresivo e inmediatamente después paro cardiorrespiratorio, sin que revirtiera a las maniobras de reanimación, dándose por fallecido a las Hora y Fecha de fallecimiento

13. Con motivo de lo anterior, y del escrito de queja presentado el 3 de octubre de 2018 por V2, se inició en este Organismo Nacional el expediente de queja CNDH/1/2018/7438/Q, y a fin de analizar las probables violaciones a 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.

14. Escrito de queja recibido el 3 de octubre de 2018 en este Organismo Nacional a través del cual V2 se inconformó con motivo de la atención médica brindada a V1 en el Hospital General Regional 196 y en el Hospital de Especialidades CMN La Raza. **(fojas 3 y 4)**

15. Acta Circunstanciada de 11 de octubre de 2018, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica de V2, quien ratificó su queja y solicitó se investigara la “*negligencia médica*” de que fue objeto V1. **(fojas 16 y 17)**

16. Oficio 095217614C21/2902 de 14 de noviembre de 2018, mediante el cual el IMSS remitió copia del expediente clínico de V1 integrado con motivo de su atención médica en el Hospital General Regional 196, destacándose lo siguiente: **(fojas 27)**

16.1. “*Indicaciones médicas de reanimación*” de las 22:49 horas del 7 de septiembre de 2018, realizadas por AR1. **(fojas 36)**

16.2. Nota de referencia y contrarreferencia (sin indicar la hora) de 8 de septiembre de 2018, del Hospital General Regional 196 al servicio de Hemodinamia en el Hospital de Especialidades CMN La Raza. **(fojas 54)**

16.3. Nota médica de admisión continua de las 04:34 horas del 8 de septiembre de 2018 del Hospital de Especialidades CMN La Raza, suscrita por SP1. **(fojas 43 a 44)**

16.4. Hoja de prescripciones de las 04:37 horas del 8 de septiembre de 2018, suscrita por SP1. **(fojas 37)**

16.5. Nota médica de las 08:28 horas de 8 de septiembre de 2018, elaborada por AR2. **(fojas 71)**

16.6. Nota del servicio de Hemodinamia de las 10:50 horas de 8 de septiembre de 2018, suscrita por SP2. **(fojas 60)**

16.7. Hoja de cateterismo seguro y carta de consentimiento bajo información de sin fecha, suscrita por SP2 y firmada por V2. **(fojas 16 y 17)**

16.8. Carta de consentimiento “*bajo información*” de 8 de septiembre de 2018 para efectuar el procedimiento de intubación orotraqueal de V1 suscrita por SP3 y firmada por V2. **(fojas 58 a 59)**

16.9. Nota de valoración de la Unidad Coronaria de las 06:21 horas del 8 de septiembre de 2018, en la cual se indicó: “*sin espacio en ese momento*”. **(fojas 57)**

16.10. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de 8 y 9 de septiembre de 2018, en los que se describió a V1 con vómito y pozos de café, avisándose a médico tratante. **(fojas 69 a 70)**

16.11. Nota de alta por defunción de las 01:36 horas de 9 de septiembre de 2018, suscrita por SP3. **(fojas 32)**

16.12. Certificado de defunción de V1 de [fecha de fallecimiento] elaborado por SP3, quien indicó como causas del fallecimiento: infarto de miocardio anterior extenso y enfermedad trivascular. **(fojas 31)**

17. Correo electrónico de 20 de marzo de 2019, al que V2 adjuntó la denuncia presentada el 13 de ese mismo mes y año en la entonces “PGR” (sic), con motivo del deceso de V. **(fojas 86 a 89)**

18. Correo electrónico de 8 de abril de 2019, mediante el cual V2 remitió la ratificación de la denuncia presentada en la FGR, radicada como Carpeta de Investigación. **(fojas 109 a 117)**

19. Oficio 095217614C20/1167 de 28 de mayo de 2019, a través del cual el IMSS notificó a V2, la procedencia del Expediente de Queja 1. **(fojas 135 a 136)**

20. Oficio 095217614C21/1671 de 1° de julio de 2019, por el cual el IMSS remitió a esta Comisión Nacional, el Acuerdo de 3 de abril de ese año, por el que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico en dicha Institución, declaró procedente la Queja Administrativa, dándose vista al OIC en dicho Instituto. **(fojas 132 a 134 y 136)**

21. Oficio FEMDH/DGPCDHQI/DAQI/001750/2019 de 25 de septiembre de 2019, a través del cual la FGR adjuntó el diverso SZN-AI-VI-445/2019 de 24 de ese mes y año, en el que se informó que la Capeta de Investigación 1 estaba en trámite. **(fojas 144 a 148)**

22. Oficio 095217614C21/2872 de 17 de octubre de 2019, al que el IMSS adjuntó copia de la siguiente documentación relacionada con la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General Regional 196: **(fojas 168)**

22.1. Triage y nota inicial del servicio de urgencias de las 22:15 horas del 7 de septiembre de 2018, elaborada por AR1. **(fojas 173 ambos lados)**

22.2. Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e intervenciones de enfermería del 7 de septiembre de 2018, relacionado con los medicamentos suministrados a V a las 23:00 horas. **(fojas 170 reverso)**

23. Acta Circunstanciada de 29 de octubre de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que tuvo a la vista en la Mesa VI de la Unidad de Investigación y Litigación Zona Norte sin Detenido de la FGR, la Carpeta de Investigación destacándose lo siguiente: **(fojas 161 a 167)**

23.1. Fecha de registro de 3 de abril de 2019 por el delito de homicidio por responsabilidad profesional médica en agravio de V1 y en contra de quien o quienes resulten responsables.

23.2. Oficio 36A1041C253/DG/2959/2019 de 20 de septiembre de 2019, mediante el cual el IMSS remitió el expediente clínico de V1.

23.3. Oficio SZN-AI-VI-463/2019, folio 68878 de 10 de octubre de 2019, por el cual la Dirección General de Especialidades Médico Forense de la FGR informó la designación de perito profesional ejecutivo “B” en la especialidad de Medicina Forense, quien determinara si existió o no, negligencia médica, impericia o mala praxis en la atención médica de V1.

24. Opinión médica de 3 de diciembre de 2019, emitido por un especialista en medicina forense de esta Comisión Nacional, quien estableció consideraciones técnicas respecto a la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General Regional 196, así como en el Hospital de Especialidades CMN La Raza. **(fojas 175 a 185)**

25. Acta Circunstancia de 25 de septiembre de 2020, en la cual personal de esta Comisión Nacional hizo constar la revisión de la Carpeta de Investigación, la cual continúa en integración. **(fojas 210 a 216)**

26. Acta Circunstanciada de 2 de octubre de 2020, mediante la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica con personal del OIC en el IMSS, quien indicó que no contaban con antecedente respecto a la vista ordenada con motivo de la procedencia de la Queja Administrativa. **(fojas 219)**

27. Acta Circunstanciada de 7 de octubre de 2020, a través de la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que a las 10:49 personal del OIC en el

IMSS reiteró que no contaban alguna vista derivada de la procedencia de la Queja Administrativa; sin embargo, a las 12:11 horas, dicha Institución remitió un correo electrónico en el cual informó que dicho asunto se aperturó como Expediente en el OIC. **(fojas 220 a 223)**

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

28. Para mejor manejo de la información respecto a la situación jurídica, se realizará de la siguiente manera:

❖ **Queja Administrativa presentada en el IMSS.**

29. El 27 de septiembre de 2018, V2 presentó queja en el IMSS con motivo de la atención médica proporcionada a V1 radicándose como Queja Administrativa.

30. El 3 de abril de 2019, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS determinó lo siguiente:

“PRIMERO. La queja es PROCEDENTE desde el punto de vista administrativo, por carencia de espacio físico en la Unidad Coronaria de la UMAE.

SEGUNDO. La Titular de la Coordinación de Atención a Quejas e Información Pública, deberá comunicar al Órgano Interno de Control el presente Acuerdo.

TERCERO. Las autoridades de la UMAE Hospital de Especialidades CMN La Raza, deberán instruir se implemente una campaña de capacitación de los Derechos Humanos en los pacientes con Código Infarto y remitir las constancias respectivas a la Coordinación de Atención a Quejas e Información Pública.

CUARTO. Las autoridades de la UMAE Hospital de Especialidades CMN La Raza deberán instruir se implemente una campaña de difusión de los Derechos Humanos en los pacientes con Código

Infarto y remitir las constancias respectivas a la Coordinación de Atención a Quejas e Información Pública.

QUINTO. Las autoridades de la UMAE Hospital de Especialidades deberán establecer las medidas preventivas y correctivas necesarias para que no se repitan casos como el presente y remitir las constancias respectivas a la Coordinación de Atención a Quejas e Información Pública. (...)

31. En cumplimiento al resolutivo segundo de la Queja Administrativa, el 7 de junio de 2019, se dio vista al OIC en dicho Instituto a fin de que en términos del artículo 4 del Instructivo para el Trámite y Resolución de Quejas Administrativas ante el IMSS, realizara la investigación correspondiente.

32. El 2 de octubre de 2020, personal del OIC en el IMSS informó a esta Comisión Nacional que no contaban con antecedente respecto a la vista ordenada con motivo de la procedencia de la Queja Administrativa, agregando que realizaron la búsqueda con el nombre de la quejosa y el agraviado, sin resultados favorables, información que fue corroborada a las 10:49 horas del 7 de ese mismo mes y año.

33. Sin embargo, a las 12:11 horas del referido 7 de octubre de 2020, personal del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades de la Delegación DF Norte del OIC en el IMSS, informó:

33.1. Derivado de la Queja Administrativa se aperturó el asunto relacionado con V1 como Expediente en el OIC.

33.2. En su momento -sin que se especificara cuándo- informó a la Coordinación de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS que analizadas las constancias y el Acuerdo de 3 de abril de 2019, emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico, se determinó la no apertura del expediente de investigación al no existir responsabilidad médica de forma directa.

33.3. Argumentó que la falta de espacio físico es un factor ajeno a cualquier servidor público adscrito al Hospital de Especialidades CMN La Raza, por lo cual no podía considerarse una irregularidad administrativa del personal involucrado, por tratarse de responsabilidad Objetiva Institucional.

33.4. Lo anterior, con base en la Cláusula Séptima del Convenio de Colaboración celebrado el 26 de abril del 2002, entre la entonces SECODAM (Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo), actualmente Secretaría de la Función Pública, y el IMSS, en el siguiente sentido: ***“SÉPTIMA.- Si de la investigación se determina que la atención médica prestada se debió a la falta de equipo, medicamentos, insumos, tecnología, personal, o de plenitud de certeza en el diagnóstico o tratamiento, riesgo inherente a factores externos en la aplicación de una ciencia como la medicina, el IMSS asumirá que se encuentra frente a una responsabilidad de carácter objetivo, no existiendo negligencia médica en consecuencia, por lo que en caso de resultar procedente el reintegro de gastos médicos o bien la reparación del daño por responsabilidad civil según corresponda, no será imputable a los servidores públicos involucrados en la atención médica, daño patrimonial alguno.”***

❖ **Carpeta de Investigación.**

34. El 3 de abril de 2019, se radicó la Carpeta de Investigación en la Agencia Sexta Investigadora de la Unidad de Investigación y Litigación sin Detenido de la Delegación de la Ciudad de México de la FGR, por el delito de *“homicidio por responsabilidad profesional médica”* en agravio de V1 y en contra de quien o quienes resulten responsables, misma que continúa en trámite, al momento en que se emite la presente Recomendación.

IV. OBSERVACIONES.

35. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2018/7438/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con enfoque 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 los criterios jurisprudenciales aplicables 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 y al acceso a la información en materia de salud, por inadecuada atención médica en agravio de V1 atribuibles a AR1 y AR2 adscritos al servicio de Urgencias del Hospital General Regional 196 y al área de choque del Hospital de Especialidades CMN La Raza. respectivamente:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

36. 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.¹

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

38. Es atinente la jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”*.²

39. Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General 15, *“sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se aseveró que: *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las*

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

² Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, Registro 167530.

*instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”.*³ Se advirtió, además, que: “*el derecho a la salud no sólo debe entenderse como un derecho a estar sano, ya que entraña dos dimensiones: en la primera, (...) podemos ubicar un cúmulo de libertades, como el control de la salud, (...); en segundo lugar (...) 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”.*

40. El párrafo primero, del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que: “*(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)*”.

41. El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que: “*toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...) a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.*

42. El párrafo 1º de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como “*(...) un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)*”.⁴

³ CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.

⁴ “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”. Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

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

44. La CrIDH en el *“Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”*⁵ estableció que: *“(…) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (…)”*.

45. De las evidencias analizadas, se advirtió AR1 y AR2 en su respectiva intervención omitieron considerar su calidad de garantes previstas en las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el párrafo primero del artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, en la atención médica brindada a V1 lo que se tradujo en la violación a su derecho humano a la protección de la salud que derivó en la pérdida de la vida, como se analizará en adelante.

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

46. Para una mejor comprensión de este apartado, se realizará el análisis referente a la atención médica que se brindó a V1 en los nosocomios en que fue atendida por AR1 y AR2, respectivamente.

❖ Atención médica de V1 en el Hospital General Regional 196.

47. V1 con antecedentes de **condición de salud** con 12 años de evolución, hipertensión arterial sistémica de un año, ambas con tratamiento no especificado y tabaquismo activo (fumador crónico), acudió a las 22:09 horas del 7 de abril de 2017, al servicio de Urgencias del Hospital General Regional 196, siendo atendido a las 22:15 horas por AR1, a quien le comentó que desde las 21:30 horas de ese

⁵ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

día, sintió dolor torácico de inicio súbito irradiado a la región mandibular -sin que especificara la ubicación-, náuseas y vómito (emesis) en tres ocasiones y disnea intensa (dificultad respiratoria).

48. A la exploración física AR1 lo reportó: hipotenso con presión arterial de 98/71 mmHg (normal 120/70 mmHg), aumento de la frecuencia cardíaca (105 latidos por minuto (siendo lo normal de 70 a 100 latidos por minuto), con una escala de evaluación análoga del dolor severo 10 de 10 (EVA, permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente), sudoración excesiva (diaforesis), dolor a la palpación superficial y profunda en región abdominal (epigastrio) sin datos de irritación peritoneal, por lo cual integró el diagnóstico de: dolor torácico.

49. A las 22:49 horas de ese día, AR1 dio indicaciones médicas de reanimación (sic), destacándose: agentes antiplaquetarios (aspirina, clopidogrel) en dosis única y dosis de mantenimiento, analgésico con monitorización cardíaca continua, camilla con barandales en alto, ayuno, cuantificación estricta de líquidos, oxígeno por puntas nasales y solicitó estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, enzimas musculares), así como la realización de un electrocardiograma.

50. A las 23:14 horas de la referida fecha, AR1 indicó que V1 cursaba un infarto agudo al miocardio con bloqueo de rama confirmado con el resultado del estudio electrocardiográfico, agregando a su tratamiento un anticoagulante y activador del plasminógeno tisular, solicitando en la misma fecha sin que se conozca la hora referencia a la especialidad de Hemodinamia (encargada del estudio de la dinámica de la sangre contenida en arterias, venas, vénulas, arteriolas y capilares) en el Hospital de Especialidades CMN La Raza para su manejo especializado.

51. En relación a la atención médica brindada por AR1 a V1 el especialista en medicina forense de esta Comisión Nacional precisó que fue inadecuada con base en lo siguiente:

51.1. Omitió una adecuada semiología del dolor, lo que propició que pasara desapercibido que los síntomas que V1 presentaba eran indicativos de que

cursaba un infarto en evolución, lo cual ameritaba su manejo inmediato por los servicios de Medicina Interna o Terapia Intensiva, sin que ello sucediera.

51.2. Transcurrieron treinta y cuatro minutos posteriores a su primera valoración realizada a las 22:15 horas para que hasta las 22:49 horas del mismo 7 de septiembre de 2018, AR1 diera las indicaciones del tratamiento que debería seguir V1 a pesar de su gravedad, sin que pase inadvertido que personal de enfermería -de quien se desconocen datos- los administró hasta las 23:00 horas como se pudo apreciar de la hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería, cuando lo indicado y urgente era administrarlos de inmediato de acuerdo al personal médico de esta Comisión Nacional.

51.3. Lo que al no haber sucedido generó dilación injustificada al no haberse brindado a V1 oportunamente el tratamiento que requería conforme a su sintomatología, máxime que se trataba de una urgencia real que requería atención inmediata.

51.4. Se considera que AR1 incumplió la Actualización de la GPC Infarto Agudo al Miocardio, en la cual señala el manejo inicial, esto es, el primer contacto médico y flujo en el servicio de Urgencias de todo paciente con dolor torácico y sospecha de diagnóstico de síndrome coronario agudo, se realizará: historia clínica, examen físico y electrocardiograma obtenido e interpretado en un tiempo no superior a diez minutos debido a que el diagnóstico temprano y su traslado urgente son claves para la supervivencia, mejorando la terapia precoz de manera decisiva el pronóstico, inclusive se han identificado pacientes en los que una intervención temprana puede mejorar los resultados.

51.5. Igualmente omitió solicitar la interconsulta de V1 por el servicio de Cardiología, o en su caso, de Medicina Interna para su probable ingreso a Terapia Intensiva; y si bien lo refirió al servicio de Hemodinamia en el Hospital de Especialidades CMN La Raza, no se advirtió alguna constancia

en la que asentara su condición hemodinámica ni las condiciones en que se realizó su traslado.

52. Determinándose en la precitada opinión médica que el actuar de AR1 causó dilación en la atención médica que requería V1 con motivo de su padecimiento.

53. Cabe señalar que V2 indicó que a las 03:10 horas del 8 de septiembre de 2018, V1 fue trasladado en ambulancia del Hospital General Regional 196 al Hospital de Especialidades CMN La Raza, al cual llegaron a las 04:07 horas ingresando directamente a Admisión Continua, como se analizará enseguida.

❖ **Atención proporcionada a V en el Hospital de Especialidades CMN La Raza.**

54. Conforme a la nota médica de admisión continúa, se advirtió que SP1 recibió a V1 a las 04:34 horas del 8 de septiembre de 2018, reportándolo con aumento de la frecuencia respiratoria (21 respiraciones por minuto siendo lo adecuado de 16 a 18), oxígeno suplementario, adecuada saturación de oxígeno en sangre arterial (92% por ciento) y en buen estado de consciencia.

55. A la exploración física, SP1 lo reportó—sin alteraciones patológicas con reporte electrocardiográfico compatible con infarto agudo al miocardio (desnivel positivo del segmento ST), por lo cual SP1 indicó trombolisis “*con dos horas de retraso*”, reportándolo “*muy grave*”.

56. Igualmente, SP1 indicó su tratamiento médico a las 04:37 horas con base en: ayuno, cuidados generales de enfermería, signos vitales por horario, cuidados de paciente neurológico, control de líquidos, monitoreo cardíaco continuo, reposo absoluto, oxígeno por puntas nasales, con protector de la mucosa gástrica, antiagregantes plaquetarios, anticoagulante, antihipertensivo, solicitando además exámenes de laboratorio y su valoración “*urgente*” por el servicio de Hemodinamia.

57. Lo que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional fue adecuado, destacándose que si bien SP1 no ingresó a V1 a la Unidad de

Cuidados Intensivos *“ante la falta de espacio físico”* (sic), se le monitorizó y manejó conforme a lo establecido en la literatura médica especializada para el infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST.

58. Sin embargo, en la referida opinión médica, se estableció que las condiciones en que SP1 recibió a V1 acreditaron que AR1 omitió brindarle tratamiento inmediato con motivo del infarto agudo al miocardio que cursaba y si bien indicó la administración del trombolítico tenecteplasa (agente que favorece que el coágulo se disuelva) y anticoagulantes (enoxaparina), dicha terapéutica obligada para su padecimiento, le fue administrada cuarenta y cinco minutos posteriores a su ingreso como se confirmó y que reiteró SP1 en su nota médica de Admisión Continua cuando asentó: *“trombolisis con dos horas de retraso”*, lo que le genera responsabilidad a AR1.

59. A las 08:28 horas del 8 de septiembre de 2018, AR2 reportó a V1 con: tendencia a la hipotensión (100-60 mmHg, siendo lo adecuado 120/70mmHg), encontrándolo a la exploración física con funciones mentales superiores (consciencia, orientación, memoria, calculo, lenguaje, juicio, ejecución de actos) íntegras y resto de la exploración sin alteraciones.

60. Asentó que los resultados de sus estudios de laboratorio realizados el mismo día evidenciaron la presencia de: enzimas cardiacas elevadas (creatinina fosfoquinasa <CK>, Creatinina fosfoquinasa metabólica <CK-MB>Toponina I y Mioglobina) -lo que en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional era indicativo de daño cardíaco- e hiperglucemia de 480 gr/dl (adecuado de 70 a 110 g/dL), resultados que demostraban alteraciones en su estado de salud.

61. AR2 diagnosticó a V1 con: *“infarto agudo al miocardio anterior extenso con trombolisis con 2 horas de retraso con criterios de reperfusión (7 de septiembre 21:30 horas), hipertensión arterial sistémica óptima y diabetes mellitus tipo 2 descontrolada con hiperglucemia”*, ordenando que continuara con el tratamiento previamente establecido, al cual agregó insulina rápida en esquema y solicitó nuevamente su valoración urgente por el servicio de Hemodinamia y por la Unidad

Coronaria, así como su preparación para cateterismo, previa toma de consentimiento informado.

62. Al respecto, personal médico de esta Comisión Nacional indicó que a pesar de que V1 ingresó con infarto agudo al miocardio extenso documentado por clínica y paraclínicos, llama la atención que a cuatro horas de su ingreso, no hubiera sido valorado en el servicio de Hemodinamia como lo requirió SP1 y AR2, siendo hasta las 10:50 horas del 8 de septiembre de 2018, cuando SP2 le realizó una angiografía y advirtió que presentaba -en opinión del personal médico de esta Comisión Nacional-: enfermedad coronaria obstructiva trivascular (enfermedad de las arterias coronarias) y oclusión total crónica de la arteria coronaria derecha, patología que le provocó disminución considerable del flujo sanguíneo, poniendo en riesgo el adecuado funcionamiento del corazón, situación que deberá investigarse a fin de que en su caso, se deslinde si SP2 incurrió en responsabilidad alguna por la demora en la atención brindada.

63. Ante tales hallazgos, SP2 indicó que V1 era candidato a revascularización quirúrgica, remitiéndolo a sesión médico-quirúrgica para su estudio.

64. No obstante la necesidad de que V1 fuera valorado en dicho servicio, en la nota de valoración de la Unidad Coronaria realizada a las 06:21 horas del mismo 8 de septiembre de 2018, se asentó que V1 fue enviado por “*código infarto*”,⁶ para intervencionismo coronario, apreciándosele en ese momento con mejoría clínica, sin disnea y sin angina, únicamente debilidad muscular, indicándose también: *“PACIENTE AMERITA REALIZAR CATETERISMO CARDIACO, AL REALIZAR EL MISMO AMERITA INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS O INTENSIVO. EN ESTE MOMENTO SIN ESPACIO FÍSICO EN LA UNIDAD CORONARIA.”*

⁶ De acuerdo con el IMSS, su objetivo es que la persona infartada con síntomas de dolor de pecho, falta de aire o desmayo, reciba atención en los primeros 30 minutos con medicamento para disolver el coágulo que bloquea las arterias del corazón o reestablezca el flujo sanguíneo en menos de 90 minutos. Dicha estrategia agiliza las acciones para que médicos, enfermeras, asistentes, camilleros y personal de vigilancia se coordinen más rápido para que se diagnostique en menos de 10 minutos a pacientes que requieren atención urgente por infarto agudo del corazón.

65. De lo que se infiere, que posterior a la angiografía realizada por SP2 y pese a su diagnóstico, V1 continuó en el área de choque de Admisión Continua con deterioro en su estado de salud manifestado por vómito en pozos de café (dato indicativo de sangrado gastrointestinal), inquietud e hipotensión tal como lo describió personal de enfermería en su correspondiente registro del 8 de septiembre de 2018, en el que incluso mencionó que se avisó al *“médico tratante”*.

66. Ante la falta de vigilancia estrecha de V1 por personal médico, entre ellos, AR2 y otros de quienes se deberá investigar nombres a fin de que se deslinde la responsabilidad correspondiente, se comprobó que evolucionó hacia el deterioro, debido a que en la nota de alta por defunción elaborada a las 01:36 horas del 9 de septiembre de 2018, SP3 indicó que V1 continuó con dolor torácico opresivo de intensidad 6 de 10, diaforesis durante el turno nocturno y aproximadamente a las 23:00 horas, presentó súbitamente dolor opresivo, posterior trazo en monitor e inmediatamente después paro cardiorrespiratorio, iniciándose maniobras de reanimación sin respuesta favorable, dándose por fallecido a las 23:20 horas del 8 de septiembre de 2020.

67. No pasa inadvertido para esta Comisión Nacional que en la opinión médica se considera que SP3 no llevó a cabo la vigilancia estrecha de V1, circunstancia que igualmente deberá ser investigada ante la falta de notas o indicaciones médicas que acrediten que se encontraba en dicho servicio durante el tiempo que V1 permaneció sin vigilancia, contándose únicamente con la nota de alta por defunción y el certificado correspondiente suscritos por ésta.

68. Por consiguiente, con motivo de la valoración de V1 por AR2, en la opinión médica de este Organismo Nacional se determinó:

68.1. Posterior a la valoración de SP2, V1 únicamente estuvo a cargo de personal de enfermería, quien reportó que regresó del estudio tranquilo y cooperador, vigilándose el compromiso vascular distal, *“presentó vómito con pozos de café, se avisa a médico tratante”*; advirtiéndose de las evidencias remitidas por el IMSS, ausencia de notas médicas que acrediten que fue atendido y manejado oportunamente posterior a su revisión por el

servicio de Hematología donde fue atendida por SP2, a pesar de que con posterioridad se le reportó “(...) *inquieto, se avisó a médico tratante y familiar (...) refiere náuseas, con palidez de tegumentos con cambios, pendiente EGO con trazo electrocardiográfico, paciente que cae en paro cardiorrespiratorio (...)*”, lo que podría configurar un “*abandono de paciente*” al no contarse con atención médica documentada con base en los datos clínicos que presentaba V1.

68.2. La falta de vigilancia y manejo estrecho por parte de AR2 -y demás personal que resulte responsable- durante once horas aproximadas que V1 permaneció en dicha Unidad Médica, contribuyeron a su deterioro, al haberse omitido medidas de vigilancia y tratamiento adecuado con motivo de las alteraciones que presentaba, aunado a que tampoco se advirtió que AR2 solicitara su interconsulta con el servicio de Cirugía Cardíaca.

69. Por lo expuesto, AR1 adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General Regional 196 y AR2 del Hospital de Especialidades CMN La Raza, respectivamente, vulneraron el derecho humano a la salud de V1 lo que derivó en la pérdida de su vida como se analizará enseguida.

B. DERECHO A LA VIDA.

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

71. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que “*El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...)*”

tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)⁷

(Énfasis añadido).

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

73. La CrIDH ha establecido que: *“(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)*”,⁸ asimismo, *“(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)*”⁹

74. Este Organismo Nacional ha referido 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*

⁷ Tesis constitucional. *“Derecho a la vida. supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”*. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011 y registro 163169.

⁸ *“Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, p.144.

⁹ *“Caso Familia Barrios vs. Venezuela”*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, p. 48.

*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”.*¹⁰

75. El derecho a la vida y a la protección de la salud, tienen la profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana.¹¹

76. En el caso particular, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por AR1 adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General Regional 196 y AR2 del área de choque de Admisión Continua del Hospital de Especialidades CMN La Raza, constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida como se acreditará enseguida.

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

77. V1 falleció a las Fecha y Hora Fecha y Hora Fecha y Hora y de acuerdo con la información asentada en el certificado de defunción por SP3, las causas que provocaron su desafortunado deceso fueron: *“infarto agudo al miocardio anterior extenso y enfermedad trivascular”*.

78. En la opinión médica de este Organismo Nacional se asumió que derivado de la inadecuada atención médica que se proporcionó a V1 su estado de salud evolucionó al deterioro, debido a que en un primer momento AR1 no realizó una adecuada semiología del dolor, lo que ocasionó que pasara desapercibido que cursaba un infarto al miocardio en evolución, el cual ameritaba manejo inmediato por Medicina Interna o Terapia Intensiva, sin dejar de considerar que a pesar de se trataba de una urgencia absoluta al ponerse en riesgo su vida, el medicamento le fue administrado cuarenta y cinco minutos después de su ingreso

¹⁰ CNDH. Recomendación: 75/2017, p. 61.

¹¹ “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, párrafo 117.

79. AR2 adscrita al Hospital de Especialidades CMN La Raza omitió solicitar la interconsulta de V1 con el servicio de Cirugía Cardíaca, así como establecer su vigilancia y manejo estrecho a fin de que recibiera un tratamiento adecuado ante las alteraciones presentadas después de que se indicó que no había lugar en la Unidad Coronaria para su revascularización quirúrgica, lo cual se constató en el registro de enfermería en el que se asentó que se informó al médico tratante la evolución al detrimento de V1 sin que se contara con alguna nota médica que acredite que fue valorado.

80. Lo anterior ocasionó que el estado de salud de V1 evolucionara hacia el deterioro hasta su lamentable fallecimiento reportado a las **Hora y Fecha de fallecimiento** **[REDACTED]**, señalándose en la opinión médica de esta Comisión Nacional, que de haberse brindado oportunamente el beneficio de la revascularización quirúrgica en el Hospital de Especialidades CMN La Raza debido a que contaba con el recurso humano e infraestructura para ello, se le habría brindado un mejor pronóstico de sobrevivencia al cual tenía derecho, lo que lamentablemente no sucedió ante la falta de espacio para su debida atención.

81. Dicha Opinión Médica fue congruente con el Acuerdo de procedencia desde el punto de vista administrativo emitido en la Queja Administrativa el 3 de abril de 2019 por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, dándose vista al OIC en dicho Instituto.

82. Además, personal médico de esta Comisión Nacional aparte de la responsabilidad Institucional del IMSS, acreditó que también existió manejo inadecuado por parte de AR1 y AR2, con motivo de las irregularidades ya valoradas, las cuales vulneraron el derecho a la salud de V1 con la consecuente pérdida de la vida.

83. Por lo expuesto, AR1 y AR2 incumplieron los artículos 48 y 138 Bis del Reglamento de la Ley General de Salud, artículos 27, fracción III, 32, 51 y las fracciones I y II, del numeral 77 bis 37, de la Ley General de Salud, así como el numeral 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que en términos generales establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de

salud oportunas, de calidad idónea e integral y que los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores, lo que en el caso particular les genera responsabilidad AR2 con motivo de las irregularidades expuestas.

84. AR1 y AR2 vulneraron el adecuado cumplimiento de sus funciones médicas al omitir la apropiada prestación del servicio a que estaban obligados a proporcionar, lo que evidenció el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión, ya que debieron identificar y valorar oportunamente los síntomas de V1 a fin de brindarle una atención médica pronta, debiendo adecuar su actuar a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica para no incurrir en acciones o conductas omisas como aconteció, incumpliendo con su deber de garantizar calidad y oportunidad en la atención médica, sin soslayar la responsabilidad Institucional.

85. Igualmente trasgredieron los puntos 2 y 3 del Código de Conducta para el personal de Salud 2002,¹² los cuales prevén la obligación del personal médico para aplicar el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente, apegándose a 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.

86. Al no haberle proporcionado a V1 la atención médica que requería con el tratamiento inmediato para su pronto diagnóstico y seguimiento, AR1 adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General Regional 196 y AR2 del área de choque del Hospital de Especialidades CMN La Raza igualmente incumplieron con el punto 4.1.1 de la NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”*, vigente al momento

¹² Emitido en el mes de octubre con la participación de la Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y la Dirección de Vinculación con Gobierno y Sociedad de la SECODAM.

de los hechos, que define a la urgencia como: *“todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata”*, afirmación a la que se llega porque AR1 no realizó una adecuada semiología del dolor, pasando desapercibido que V1 cursaba un infarto al miocardio en evolución, aunado a que el medicamento le fue administrado cuarenta y cinco minutos después de su ingreso; por su parte, AR2 omitió solicitar su interconsulta con Cirugía Cardíaca, así como establecer su vigilancia y manejo estrecho después de ser valorado en Hemodinamia.

87. V1 tenía derecho de ser atendido de manera integral para obtener un diagnóstico y tratamiento certero, contrario a ello, las omisiones de los médicos señalados contribuyeron a su deficiente proceso inicial, al no haberle garantizado la atención médica que requería a pesar de tratarse de una urgencia absoluta, debido a que los hallazgos observados ameritaban una vigilancia estrecha y efectiva para limitar la progresión de su enfermedad ante la falta de espacio para la revascularización quirúrgica que ameritaba y así evitar que se pusiera en riesgo su vida como aconteció, lo que pudo haberse evitado si desde un inicio se le hubiera atendido prontamente, lo que al no haber acontecido les genera responsabilidad a las personas servidoras públicas señaladas.

88. AR1 y AR2 vulneraron el derecho a la protección de la salud de V1 que trascendió hasta la pérdida de la vida, por lo cual incumplieron con los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, 22 y 29, párrafo segundo constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud, así como en el contenido de la GPC Infarto Agudo al Miocardio, señalada.

89. A fin de garantizar una adecuada atención médica se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.¹³

¹³ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

90. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

91. En 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 con la meta 3.8, cuya misión es: *“(…) Lograr la cobertura sanitaria universal, (…) incluid[o] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (…)”*.

92. Por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo para que se garantice una vida saludable y se promueva el bienestar para todos a cualquier edad; por ello, se requiere reforzar los servicios hospitalarios para que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a los pacientes de manera adecuada y pronta con base en los protocolos existentes para cada padecimiento en tiempo y forma.

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

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

94. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,¹⁴ párrafo 27, considera que: *“(…) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”*.

¹⁴ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

95. En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, ha sostenido que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es 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”*.¹⁵

96. La norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”*.¹⁶

97. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias 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 recibida.

98. Igualmente, reconoció que dicho derecho 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

¹⁵ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

¹⁶ Introducción, p. dos.

verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.¹⁷

99. Una de las consecuencias de la indebida integración del expediente clínico es que dificulta la investigación en caso de presuntas violaciones a derechos humanos, por lo que, en el caso particular, se asentarán las irregularidades administrativas en su integración.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

100. De las evidencias con que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que en la hoja de urgencias y la de indicaciones realizada por AR1, no estableció su nombre completo ni cédula profesional; por lo cual incumplió con el punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, que establece: *“Todas las notas (...) deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, (...) la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables (...)”*, así como el diverso 5.11 que ordena: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)”*.

101. AR1, igualmente omitió una adecuada semiología del dolor de V1 a grado tal que pasó desapercibido que cursaba un infarto en evolución, así como tampoco solicitó su valoración por los servicios de Cardiología o en su caso Medicina Interna para su probable ingreso a Terapia Intensiva; por su parte, AR2 omitió solicitar la interconsulta con Cirugía Cardíaca, por tanto, infringieron el punto 6.3 de NOM-004-SSA3-2012, relativa a la nota de interconsulta en la que se indica: *“La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico”*, lo que no sucedió.

102. Personal médico de esta Comisión Nacional indicó que no verificó que existiera constancia escrita anexada a la información remitida por el IMSS respecto a la condición hemodinámica y las condiciones en que se realizó el traslado de V1 al Hospital de Especialidades CNM La Raza, incumpliendo con lo

¹⁷ CNDH, p. 34.

establecido en la NOM-004-SSA3-2012, puntos 6.4 y siguientes referentes a las formalidades de la nota de referencia/traslado.

103. De esta manera, las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1 constituye una constante preocupación, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de las y los pacientes y su historial clínico detallado para un tratamiento acorde a su padecimiento, y en su caso, para deslindar las responsabilidades que correspondan, con lo cual se vulnera el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de su atención médica en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

104. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuyas notas médicas se encontraron incompletas, breves e ilegibles, con abreviaturas, a pesar de que dichos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.¹⁸

105. No obstante, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la referida norma oficial mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo que se traduce en el respeto al derecho humano al acceso a la información en la materia, ya que como se asentó, las instituciones de salud y en el caso particular, el IMSS resulta solidariamente responsable de su incumplimiento y como parte de la prevención, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas para que se cumpla en sus términos.

106. Cabe destacar que el 8 de septiembre de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la diversa NOM-024-SSA3-2010, *“que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de*

¹⁸ CNDH. Recomendaciones: 5/2020, párrafo 188; 83/2019, párrafo 219, 1/2019, párrafo 145, 71/2018, párrafo 243 y 40/2018, párrafo 222, entre otras.

*Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud”, la cual también es de observancia obligatoria a fin de que se adopten sistemas de registros electrónicos en materia de salud; siendo indispensable que el IMSS considere su subsecuente aplicabilidad al ser considerado un: “Sistema Informático que almacena los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser accesado por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integral la atención y cuidados de salud”.*¹⁹

107. En el caso particular se confirmó mediante la opinión del especialista en medicina de este Organismo Nacional, que existió inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012 por parte de AR1 y AR2.

108. La idónea integración del expediente clínico 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; por ello, 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.²⁰

109. Por lo expuesto, se acreditó que en el expediente clínico relacionados con V1 no se observó ni se dio debido cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012, en la cual se dispone que su uso resulta imprescindible por contener aspectos relevantes sobre el estado de salud del paciente, considerándose su registro: *“de la mayor relevancia para su correcta integración, buscando que en el proceso de atención se generen los mayores beneficios”.*²¹

¹⁹ Manual del expediente clínico electrónico emitido por la Secretaría de Salud en el año 2011, 1ª edición, p.11.

²⁰ CNDH, Recomendaciones: 26/2019, párrafo 72; 21/2019, párrafo 73, y 12/2016, párrafo 74, entre otras.

²¹ CNDH. Recomendación 26/2020, párrafo 250.

D. RESPONSABILIDAD.

110. La responsabilidad de AR1 y AR2 adscritos al servicio de Urgencias del Hospital General Regional 196 y al área de choque del Hospital de Especialidades CMN La Raza, respectivamente, provino de la falta de diligencia con la que se condujeron en la atención médica proporcionada a V1 como se acreditó con las conductas y omisiones descritas en la presente Recomendación, lo que derivó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud que repercutió en la pérdida de la vida de V1 lo que se constata enseguida:

110.1. AR1 omitió la adecuada semiología del dolor de V1 pasando desapercibido que cursaba un infarto al miocardio en evolución, el cual ameritaba manejo inmediato por Medicina Interna o Terapia Intensiva, y pese a que se trataba de una urgencia absoluta, el medicamento le fue administrado cuarenta y cinco minutos después de su ingreso.

110.2. AR2 omitió solicitar la interconsulta de V1 con el servicio de Cirugía Cardíaca y sobretodo establecer su vigilancia y manejo estrecho para que recibiera un tratamiento adecuado ante las alteraciones presentadas después de que se indicó que no había lugar en la Unidad Coronaria para su revascularización quirúrgica, sin que se advirtiera seguimiento médico desde ese momento hasta las 23:00 horas cuando SP3 indicó que presentó un paro cardiorrespiratorio a consecuencia del cual **Hora** **Hora**

Hora Hora Hora Hora

111. Por otro lado, las irregularidades en la integración del expediente clínico de V1 igualmente constituyen responsabilidad para AR1 y AR2 al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, vulnerándose su derecho humano al acceso a la información en materia de salud en agravio de sus familiares.

112. Por lo expuesto, acreditadas las irregularidades médicas y administrativas se considera que AR1 y AR2 incumplieron con lo previsto en el artículo 7, fracción I y 49, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, vigente al momento

de los hechos y el y artículo 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén su obligación 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; en ese sentido, aun cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a 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.

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

113.1. Denuncia ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1 y AR2 con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1 así como respecto de las irregularidades advertidas en la integración del expediente clínico, debiéndose investigar si en su caso, SP2 y SP3 incurrieron en responsabilidad en la atención médica proporcionada a V1.

113.2. El IMSS deberá dar puntual seguimiento a la Carpeta de Investigación hasta su total esclarecimiento con motivo de la deficiente atención médica proporcionada a V1.

113.3. También deberá anexarse al expediente laboral de las personas involucradas copia de la presente Recomendación con motivo de las violaciones a los derechos humanos acreditadas.

D.1. Responsabilidad Institucional.

114. El párrafo tercero del artículo 1º constitucional establece que todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, están obligadas a promover,

respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

115. Tales obligaciones igualmente se establecen en distintos tratados y convenciones de derechos humanos de los que el Estado Mexicano es parte, por ende, cuando se incumple con éstas, se genera una responsabilidad institucional, independientemente de aquella que corresponda al personal involucrado en la violación a derechos humanos de quien la expone.

116. En el caso concreto, el 3 de abril de 2019, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS determinó procedente desde el punto de vista administrativo la Queja Administrativa, *“por carencia de espacio físico en la Unidad Coronaria de la UMAE”*, indicando que el 7 de junio de ese mismo año, se dio vista al OIC en dicho Instituto a fin de que en términos del artículo 4 del Instructivo para el Trámite y Resolución de Quejas Administrativas ante el IMSS, realizara la investigación correspondiente.

117. No obstante, con la finalidad de verificar el seguimiento a dicho mandato, el 2 de octubre de 2020, personal del OIC en el IMSS informó a esta Comisión Nacional, que no contaban con antecedente respecto a la vista ordenada, que inclusive realizaron la búsqueda con el nombre de la quejosa y el agraviado, sin resultados favorables, información corroborada igualmente a las 10:49 horas del 7 de ese mismo mes y año.

118. Posteriormente, el mismo 7 de octubre de 2020, personal del Área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades de la Delegación DF Norte del OIC en el IMSS, informó que se apertura el Expediente en el OIC, en el cual se determinó *“la no apertura del expediente de investigación al no existir responsabilidad médica de forma directa”* debido a que se argumentó que la falta de espacio físico es un factor ajeno a cualquier servidor público adscrito al Hospital de Especialidades CMN La Raza, sin que pudiera considerarse una irregularidad administrativa del personal involucrado, por tratarse de una responsabilidad Objetiva Institucional con base en la Cláusula Séptima del Convenio de Colaboración ya citado.

119. Al respecto, en la opinión médica de esta Comisión Nacional se acreditó que AR1 y AR2 incurrieron en irregularidades que vulneraron el derecho a la salud con la consecuente pérdida de la vida de V1 a lo que se adiciona la responsabilidad Institucional ya admitida por el IMSS, por lo cual se le solicitará que en lo subsecuente, se garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad, eficacia y prontitud, y para el caso de falta de espacios en los servicios correspondientes, considere su vigilancia por áreas afines acorde a sus padecimientos hasta en tanto tenga un lugar para el servicio requerido para evitar situaciones como la presente.

E. REPARACIÓN DEL DAÑO.

120. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr su 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.

121. 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 VI 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV1 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV1 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 CEAV1 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 de V1 que derivó en la pérdida de su vida, así como al acceso a la información en materia de salud, se deberá inscribir a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual, se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

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

123. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la CrIDH asumió que: *“(…) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, además precisó que *“(…) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del*

caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”.²²

124. Sobre el “deber de prevención”, la CrIDH sostuvo que: “(...) abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...)”.²³

125. Esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Rehabilitación.

126. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, atención psicológica y tanatológica en caso de que lo requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta su sanación física, psíquica y emocional con motivo del fallecimiento de V.

127. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, con información previa, clara y suficiente. Los tratamientos en su caso deberán ser provistos por el tiempo necesario, incluyendo cuando sea indispensable, la provisión de medicamentos.

²² Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

²³ “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.

ii. Satisfacción.

128. En el presente caso, la satisfacción comprende que el IMSS colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la denuncia que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS y en el seguimiento a la Carpeta de Investigación, a fin de que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, debiéndose glosar en los expedientes laborales las determinaciones que resulten.

129. Igualmente, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de AR1 y AR2 al haberse acreditado su responsabilidad en la violación a los derechos humanos de V1 previamente analizados.

iii. Garantías de no repetición.

130. Consisten en implementar medidas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, para lo cual, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

131. Por tanto, las autoridades del IMSS deberán implementar un curso integral en el término de seis meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación al personal médico de Urgencias del Hospital General Regional 196 y al personal del área de choque del Hospital Especializado CMN La Raza 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 en relación con la debida observancia al contenido de la GPC Infarto Agudo al Miocardio y a la Recomendación General 29/2017 relacionada con el expediente clínico emitida por este Organismo Nacional dichos cursos deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación e impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, debiendo asegurarse que entre las personas a quienes se imparta, se encuentren AR1 y

AR2. Su contenido deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultado con facilidad.

132. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal médico del servicio de Urgencias del Hospital General Regional 196 y del área de choque del Hospital Especializado CMN La Raza, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con debida diligencia.

133. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el *“Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”*,²⁴ en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

134. Deberá emitirse en un término de un mes, una circular a los referidos servicios en los que se conmine a garantizar el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad, eficacia y prontitud, y para el caso de falta de espacios en los servicios correspondientes, se considere su vigilancia por áreas afines acorde a sus padecimientos hasta en tanto tenga un lugar para el servicio requerido para evitar situaciones como la presente.

135. En el mismo plazo, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de los nosocomios que nos ocupan, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión para que se garantice que los expedientes clínicos generados con motivo de la atención médica que se brinda, estén integrados conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; y hecho que sea, se supervise durante un período de seis meses su cumplimiento con objeto de garantizar su no repetición.

²⁴ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.

iv. Compensación.

136. 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*”.²⁵

137. El IMSS en coordinación con la CEAV deberá valorar el monto de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a esta última para que, en el ejercicio de sus atribuciones, se proceda conforme a derecho.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación del daño de V2, con motivo del deceso de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, así como se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, así como a quienes conforme a derecho corresponda como Víctimas Indirectas y se les otorgue una compensación, atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

²⁵ “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, p. 244.



SEGUNDA. Colabore con este Organismo Nacional en la denuncia que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1 y AR2 con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1 así como las relacionadas con la integración del expediente clínico, también se deberá investigar si SP2 y SP3 incurrieron en alguna responsabilidad en la atención médica proporcionada, debiendo informar las acciones de colaboración realizadas y dejar constancia de dicha determinación en sus respectivos expedientes laborales, y remita a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Colabore con el seguimiento a la Carpeta de Investigación hasta su determinación, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

CUARTA. Deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas con motivo de las violaciones a derechos humanos acreditadas, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud en relación con la debida observancia al contenido de la GPC Infarto Agudo al Miocardio y a la Recomendación General 29/2017 relacionada con el expediente clínico emitida por este Organismo Nacional dichos cursos deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación e impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, debiendo asegurarse que entre las personas a quienes se imparta, se encuentren AR1 y AR2. Cuyo contenido podrá

ser cursado en las plataformas disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que pueda ser consultado con facilidad, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SIXTA. En el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de Urgencias del Hospital General Regional 196 y al personal del área de choque del Hospital Especializado CMN La Raza con las medidas pertinentes de prevención y supervisión para que se garantice que los expedientes clínicos generados con motivo de la atención médica que se brinda, estén integrados conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y hecho que sea, se supervise durante un período de seis meses su debido cumplimiento con objeto de garantizar su no repetición, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. En el término de seis meses contados a partir de la aceptación de la Recomendación, emita una circular a los referidos servicios médicos en los que se comine a garantizar el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad, eficacia y prontitud, y para el caso de falta de espacios en los servicios correspondientes, se considere su vigilancia por áreas afines acorde a sus padecimientos hasta en tanto tenga un lugar para el servicio requerido para evitar situaciones como la presente, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias de su cumplimiento.

OCTAVA. Giren instrucciones para que en el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular dirigida al personal médico personal de Urgencias del Hospital General Regional 196 y al personal del área de choque del Hospital Especializado CMN La Raza, en la que se exhorte, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un



servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

NOVENA. Designe 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.

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

139. 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.

140. 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.



141. 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.

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA