



RECOMENDACIÓN No.

76/2020

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V1, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 24 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ.

Ciudad de México, a 10 de diciembre 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; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2017/5678/Q**, sobre la queja de V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno, 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como, 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:

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable

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 que podrán identificarse como sigue:

Institución	Acrónimo
Instituto Mexicano del Seguro Social "IMSS"	IMSS
Hospital General de Zona No. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Poza Rica de Hidalgo, Veracruz.	Hospital General Zona No. 24
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "Del Expediente Clínico".	NOM-004-SSA3-2012
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS.

5. V1, persona del sexo **sexo**, quien al momento de los hechos contaba con **Edad** **Edad** edad, con antecedente de importancia: portadora de **condición de salud** **condición de salud** ambas de 25 años de evolución, con presencia de **condición de salud** de las cuales no se cuenta con más datos, así como hipotiroidismo de un mes de evolución.

6. A las 10:30 horas del 26 de julio de 2016, V1 ingresó con náuseas, emesis (vómito), somnolencia, adinamia (ausencia de fuerza física), astenia (debilidad generalizada) y dificultad respiratoria de tipo ortopnea (problemas respiratorios cuando se está acostado) al servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 24, siendo atendida por SP1, quien la diagnosticó con **condición de salud**

condición de salud en tratamiento, motivo por el cual ingresó al servicio de urgencias con dieta baja en sodio, soluciones parenterales con requerimientos mínimos para 24 horas, medicamentos o soluciones: diurético (furosemida), anticoagulante (enoxaparina), antihipertensivo (amlodipino-valsartan), hormona tiroidea (levotiroxina), antiemético (metoclopramida), antivertiginoso (difenidol), glucosado de calcio y con glicemia capilar por turno; de igual manera, SP1 solicitó exámenes de laboratorio, así como gasometría arterial, electrocardiograma, tele de tórax e indicó el pase al servicio de medicina interna y valoración por el servicio de nefrología.

7. A las 17:00 horas del mismo 26 de julio de 2016, AR1 modificó el tratamiento inicial, cambiando el tipo de alimentación, cambio y reducción de soluciones parenterales, agregando protector de la mucosa gástrica (omeprazol),

broncodilatador (salbutamol) e infusiones con solución glucosada con unidades de insulina de acción rápida, suspendiendo el diurético (furosemida) y el antiemético (metoclopramida), solicitó vigilancia del estado neurológico así como patrón respiratorio, solicitó estudios de laboratorio, al igual que la valoración de la glicemia capilar con esquema de insulina en caso de requerirla e insistió en el pase al servicio de medicina interna.

8. Posteriormente, se dieron dos nuevas indicaciones, la primera se trató de la aplicación de un bolo (método rápido de administrar medicamentos) de dextrosa (glucosa) y la segunda de administración de antidiarreico (loperamida), ambas indicaciones fueron firmadas por médicos internos de pregrado.

9. V1 ingresó al servicio de medicina interna el 26 del mismo mes y año, donde MR reportó que presentaba acumulación de líquido en abdomen (ascitis) y peristalsis (movimiento intestinal) disminuida, así como un edema en zona de declive, continuaba con anemia moderada, por lo que se encontraba en protocolo para inicio a terapia sustitutiva de la función renal (diálisis peritoneal), indicó que su estado era grave con datos de encefalopatía urémica (síndrome orgánico cerebral agudo o subagudo).

10. El 27 de julio de 2016, AR3 reportó a la paciente con signos vitales dentro de los parámetros adecuados; interrogó a la paciente, quien refirió dolor abdominal, por lo que realizó exploración física en la cual describió los sonidos pulmonares disminuido con presencia de sibilancias en área subescapular de ambos pulmones y presencia de edema en miembros torácicos y pélvicos, diagnosticándola con síndrome urémico, desequilibrio hidroelectrolítico (hiperkalemia, hiponatremia), enfermedad crónica renal, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial sistémica

controlada; de igual manera manifestó que V1 se encontraba en el servicio para ingresar a diálisis peritoneal.

11. AR3 reportó el 28 de julio de 2016, que a la exploración física realizada V1 presentaba murmullo vesicular disminuido acompañados con movimientos de amplexión y amplexación disminuidos, aunado a que continuaba con el edema en extremidades inferiores, así como que aún se encontraba en protocolo para colocación de catéter Tenckhoff (catéter percutáneo abdominal para la realización de diálisis peritoneal) y en espera de electro cardiograma.

12. El 29 de julio de 2016 siendo las 9:00 horas, AR3 señaló que la paciente tenía hipertensión y taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria), sin embargo, no realizó acción alguna encaminada a determinar el origen de dicha alteración ni el análisis integral de la paciente con base en los resultados de laboratorio del 28 del mismo mes y año.

13. El 30 de julio de 2016, AR4 valoró a V1 y notó que persistía la alteración en la frecuencia respiratoria aún con taquipnea, sin embargo, no realizó interconsulta al servicio de nefrología ni a cirugía general, de igual manera, no efectuó estudio específico para determinar la disminución del patrón respiratorio ni analizó los resultados del laboratorio, en los cuales se apreciaba un aumento en el deterioro de la función renal con anemia grave, situaciones que no tuvieron medidas terapéuticas por parte de AR4.

14. El 1 de agosto de 2016, V1 fue reportada muy grave por AR5 debido a que presentó hipertensión arterial, taquipnea, somnolienta con datos de uremia e hipoglucemias, por lo que se realizó interconsulta al servicio de cirugía general para la colocación del catéter Tenckhoff urgente, le suspendieron la dieta e indicaron la

colocación de sonda nasogástrica para administración de medicamentos y alimentos posterior a la cirugía.

15. En la misma fecha siendo las 14:00 horas, V1 fue valorada en el servicio de cirugía general por AR6, quien la encontró en estupor, con disminución del murmullo vesicular, progresión de la lesión renal, así como presencia de anemia grave, misma que no contó con alternativa terapéutica por el especialista.

16. El 2 de agosto de 2016, V1 ya contaba con el catéter Tenckhoff, el cual se encontraba funcional, sin embargo, continuaba con hipertensión arterial, taquipnea y en estado de estupor. A las 17:30 horas del mismo día le realizaron diálisis con la indicación de 2 baños de entrada por salida al 1.5%.

17. AR7 valoró a V1 el 3 de agosto de 2016 en el servicio de medicina interna, reportó que el catéter se encontraba funcionando, sin embargo, persistía el edema de miembros inferiores, de igual manera continuaba con diálisis peritoneal, al cual le incrementó la cantidad de solución para la diálisis, agregó tratamiento diurético (furosemida), un expansor de volumen (albumina) y antibiótico (ceftriaxona).

18. El 4 de agosto de 2016, AR7 reportó que V1 contaba con apoyo ventilatorio, sin mencionar el motivo por el cuál se instauró dicho tratamiento.

19. AR7 solicitó valoración para V1, por parte de cirugía general, la cual se realizó el 5 de agosto de ese año a las 20:10 horas por AR2, quien hizo mención de la necesidad del retiro y colocación del catéter peritoneal.

20. En la valoración de V1 del 7 de agosto de 2016, AR4 refirió que presentó un mayor decremento de sus funciones, así como taquicardia y taquipnea, persistió en

somnolencia y desorientación, señaló que en ese momento se encontraban en espera de que se contara con tiempo quirúrgico para el retiro y la recolocación del catéter Tenckhoff.

21. FechaFechaFechaFecha a las 14:30 horas, V1 fue intervenida quirúrgicamente, posterior a la cirugía ingresó al servicio de medicina interna, donde cayó en paro cardiorrespiratorio, por lo que se le brindaron maniobras básicas de reanimación con aplicación de aminos (dopamina), sedante (midazolam) y apoyo mecánico ventilatorio, lo cual logró revertir el paro cardiaco.

22. Ese mismo día siendo las Hora ocurrió el lamentable fallecimiento de V1, ya que presentó un nuevo paro cardiaco el cual no se logró revertir a pesar del tratamiento empleado.

23. El 19 de julio de 2017, se recibió la queja que V2 presentó en este Organismo Nacional, en la cual denunció presuntas violaciones a los derechos humanos de su esposa V1 atribuibles a personal del Hospital General de Zona No. 24, lo que dio origen a la apertura del expediente CNDH/1/2017/5678/Q.

24. A fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvieron copias del expediente clínico de V1 en el IMSS e informes respecto de la atención médica que le fue brindada, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de observaciones de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

25. Escrito de queja de V2 de 19 de julio de 2017 presentada ante este Organismo Nacional, en el cual narró las irregularidades en la atención médica proporcionada

a V1 en el Hospital General de Zona No. 24 del IMSS, en Poza Rica de Hidalgo, Veracruz. **(Fojas 3-15)**

26. Oficio 54817 de 13 de septiembre de 2017, a través del cual personal de este Organismo Nacional comunicó al IMSS, que se recibió el escrito de queja de V2 con motivo de la atención médica brindada a V1. **(Fojas 21-23)**

27. Oficio 095217614BB1/2723 de 17 de octubre de 2017, a través del cual el IMSS rindió informe y adjuntó lo siguiente: **(Foja 25)**

27.1 Informes de AR5, AR6, AR7, entre otros, del 11,12 y 21 de octubre de 2016, respectivamente, respecto a su intervención en la atención médica de V1. **(Fojas 30 - 35)**

28. Oficio 095217614BB1/0321 de 9 de febrero de 2018, a través del cual el IMSS adjuntó el expediente clínico de V1, con lo siguiente: **(Foja 42)**

28.1. Triage y nota inicial del servicio de urgencias de las 10:30 horas de 26 de julio de 2016, en la cual, SP1 diagnosticó a V1 con síndrome urémico, probable derrame pleural izquierdo, probable desequilibrio hidroelectrolítico, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus tipo II controlada, hipertensión arterial sistémica controlada e hipotiroidismo en tratamiento. **(Foja 50)**

28.2. Nota médica y prescripción de las 17:00 horas del 26 de julio de 2016, en la cual, AR1 modificó el tratamiento inicial, el tipo de alimentación y redujo las soluciones parentales a V1. Omitió poner sus datos. **(Foja 54)**

28.3. Nota de ingreso al servicio de medicina interna del 26 de julio de 2017, en la que MR reportó a V1, con acumulación de líquido en abdomen (ascitis) y peristalsis (movimiento intestinal) disminuida, así como un edema en zona de declive, continuaba con anemia moderada, por lo que se encontraba en protocolo para inicio a terapia sustitutiva de la función renal (diálisis peritoneal), indicó que su estado era grave con datos de encefalopatía urémica. Omitió datos de V1. **(Foja 53)**

28.4. Nota de evolución de medicina interna del 27 de julio de 2016, elaborada por AR3 en la cual señaló diagnóstico de síndrome urémico, desequilibrio hidroelectrolítico, enfermedad crónica renal, diabetes mellitus tipo II controlada, hipertensión arterial sistémica controlada, así como que V1 se encontraba en el servicio para ingresar a diálisis peritoneal. Omitió datos de V1. **(Foja 53 reverso)**

28.5. Nota de indicaciones de las 09:00 horas de 27 de julio de 2016, en la cual, AR3 indicó que se continuó con manejo establecido el 26 del mismo mes y año. Omitió sus datos y de V1. **(Foja 59)**

28.6. Nota de 28 de julio de 2016, en la cual se asentó que V1 presentaba murmullo vesicular disminuido acompañados con movimientos de amplexión y amplexación disminuidos. Omitió datos de AR3 y V1. **(Foja 53 reverso)**

28.7. Resultados de laboratorio de 28 de julio de 2016, realizados a V1 en el Hospital General de Zona No. 24 del IMSS, solicitado por el servicio de medicina interna. **(Foja 69)**

28.8. Nota de evolución de medicina interna del 29 de julio de 2016, AR3 reportó a V1 con hipertensión y taquipnea. Omitió los datos de V1. **(Foja 55)**

28.9. Nota de evolución de medicina interna del 30 de julio de 2016, en la que AR4 indicó que V1 persistía en la alteración en la frecuencia respiratoria y se encontraba en espera de electrocardiograma para valoración del riesgo quirúrgico. **(Foja 55)**

28.10. Nota de indicaciones de las 14:00 horas del 30 de julio de 2016, en la que AR4 valoró a V1. **(Foja 61)**

28.11. Nota de indicaciones de las 09:30 horas del 31 de julio de 2016, en la que AR4 valoró a V1. **(Foja 61 reverso)**

28.12. Nota de evolución de medicina interna de 1 de agosto de 2016, en la que AR5 realizó interconsulta al servicio de cirugía general para la colocación de catéter Tenckhoff urgente. Omitió el nombre de V1. **(Foja 55 reverso)**

28.13. Nota de evolución de medicina interna de las 14:00 horas de 1 de agosto de 2016, en la que AR6 señaló que V1 se encontraba en estupor, con disminución del murmullo vesicular. Omitió el nombre de V1. **(Foja 55 reverso)**

28.14. Nota de evolución de medicina interna de 2 de agosto de 2016, en la que AR7 informó que V1 ya tenía el catéter Tenckhoff y se encontraba funcional. **(Foja 56)**

28.15. Nota de indicaciones médicas de las 17:30 horas de 2 de agosto de 2016, en la que AR7 reportó que V1 inició la diálisis. **(Foja 63)**

28.16. Nota de indicaciones de las 08:30 horas de 3 de agosto de 2016, en la cual AR7 le agregó antibiótico al tratamiento de V1. **(Foja 63 reverso)**

28.17. Nota de evolución de medicina interna de 3 de agosto de 2016, en la que AR7 indicó que V1 continuaba con la diálisis peritoneal, así como el incremento de solución para la misma. **(Foja 56)**

28.18. Resultados de laboratorio de las 06:33 horas de 3 de agosto de 2016, realizados a V1 en el Hospital General de Zona No. 24 del IMSS, solicitado por el servicio de medicina interna. **(Foja 68)**

28.19. Nota de evolución de medicina interna de 4 de agosto de 2016, la cual señalaba que V1 contaba con apoyo ventilatorio. **(Foja 56 reverso)**

28.20. Nota de evolución de medicina interna de 5 de agosto de 2016, la cual señalaba que V1 contaba con apoyo ventilatorio y se determinó con pronóstico reservado a evolución. **(Foja 56 reverso)**

28.21. Nota de valoración de cirugía general de 5 de agosto de 2016, en la que AR2 señaló la necesidad de retiro y colocación de catéter peritoneal. **(Foja 56 reverso y 57)**

28.22. Nota de evolución de medicina interna de 6 de agosto de 2016, en la cual AR4 indicó que V1 presentaba apoyo de respiración a través de

maskarilla, extremidades torácicas y pélvicas con marcado edema y disminución del tono muscular. **(Foja 57)**

28.23. Nota de evolución de medicina interna de 7 de agosto de 2016, en la cual AR4 indicó que V1 presentaba un mayor decremento de sus funciones, así como taquicardia y taquipnea. **(Foja 57)**

28.24. Nota de evolución de medicina interna de 8 de agosto de 2016, en la cual AR7 reportó que V1 sufrió un paro cardiorrespiratorio, situación que logró revertir ya que se le hicieron maniobras de reanimación básicas y avanzadas. **(Foja 58)**

28.25. Nota de evolución de medicina interna de las 23:00 horas de 8 de agosto de 2016, en el que se reportó que V1 cayó en un nuevo paro cardíaco, el cual no se logró revertir. Reportando como hora de fallecimiento las 22:15 horas de ese día. **(Foja 58)**

28.26. Certificado de defunción de V1 **FechaFechaFechaFecha**, en cual se señaló como causas de muerte el síndrome urémico, insuficiencia renal crónica y diabetes mellitus tipo II. **(Foja 43)**

29. Oficio QD/VERN/0257-10-2016 de 7 de diciembre de 2016, a través del cual la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente decretó la queja presentada por V2, improcedente desde el punto de vista médico. **(Fojas 141-143)**

30. Opinión médica de 16 de abril de 2019 en la que personal médico de esta Comisión Nacional estableció sus consideraciones técnicas respecto a la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General de Zona No. 24. **(Fojas 150-164)**

31. Acta circunstanciada de 9 de octubre de 2020 en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica realizada a V2, quien informó que no había presentado denuncia en la entonces PGR ni queja en el Órgano Interno de Control en el IMSS. **(Foja 169)**

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

32. El 16 de agosto de 2016, V2 presentó queja, la cual fue recibida en la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente, derivado de la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General de Zona No. 24, la cual el 7 de diciembre de ese año fue resuelta como improcedente desde el punto de vista médico, por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Consultivo en la Delegación Veracruz Norte.

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

IV. OBSERVACIONES.

34. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2017/5678/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 Suprema Corte de Justicia de la Nación y de la CrIDH, se contó con evidencias que acreditan las

siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, adscritos al servicio de urgencias, medicina interna y cirugía general del Hospital General de Zona No. 24.

34.1. A la protección de la salud de V1

34.2. A la vida de V1.

34.3. Al acceso a la información en materia de salud

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

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

36. 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.

37. 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 (...)”*¹

¹ Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

38. 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 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”*.²

39. 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 (...)”*.

40. 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”*.

41. El párrafo 1 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 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 (...)”*.³

² CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.

³ *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, aprobada por la Asamblea General de la ONU.

42. 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.

43. La CrIDH en el *“Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”*⁴ 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 (…)”*.

44. De las evidencias analizadas, se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 adscritos al servicio de urgencias, medicina interna y cirugía general del Hospital General de Zona No. 24 omitieron brindar a V1 la atención médica adecuada en su calidad de garantes derivada de las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, vigente al momento de los hechos, lo que se tradujo en la evidente violación a su derecho humano a la protección de la salud y la consecuente pérdida de la vida, como se acreditará en adelante.

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

45. En el caso particular, como antecedente de importancia se destaca que V1 era portadora de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial sistémica, ambas de 25 años de evolución, con presencia de insuficiencia renal crónica y retinopatía diabética.

⁴ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

46. Es cierto que V1 padecía enfermedades con complicaciones elevadas que requerían una mayor atención y que las opciones de tratamiento de dichas enfermedades como las renales crónicas dependen de la etapa de la misma, siendo el caso de V1 la etapa más avanzada y que como consecuencia de ello sus opciones se limitaban a una terapia de remplazo renal, ya sea por diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante, así como una dieta adecuada, sin embargo es evidente que el conjunto de omisiones por parte de los médicos que trataron a V1 entre los días 26 de julio y 8 de agosto, ocasionaron un deterioro en la salud de ésta, que pudo haber sido evitado si la atención médica hubiera sido adecuada para preservar la vida de V1.

47. Se llega a la anterior conclusión ya que V1 se presentó al servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 24 a las 10:30 horas del 26 de julio de 2016, siendo atendida por SP1, quien asentó que los motivos de la consulta eran por la presencia de náuseas, emesis, somnolencia, adinamia, astenia y dificultad respiratoria de tipo ortopnea, la reportó con signos vitales alterados, hipertensión, taquipnea e hiperglucemia, sin que en la referida hoja de urgencias se advirtiera la temperatura, frecuencia cardíaca, entre otros.

48. A la exploración cardíaca, SP1 la encontró con presencia de hipoventilación a nivel de la base del pulmón izquierdo, a la auscultación con presencia de estertores y de edema en extremidades. Por lo que, diagnosticó a V1 con síndrome urémico, probable derrame pleural izquierdo y desequilibrio hidroelectrolítico, y aun cuando no contaba con un diagnóstico certero de la salud de V1, hizo un adecuado manejo para los signos que presentaba V1 en ese momento.

49. Esto se corroboró con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, en el que se destacó que la intervención de SP1 fue correcta por lo siguiente:

49.1. Manejó de forma adecuada lo estipulado en la literatura médica especializada para los pacientes que cursan insuficiencia renal crónica y se apegó a lo establecido en la guía de práctica clínica para el derrame pleural.

50. No obstante que en un inicio se hizo un adecuado manejo de las afectaciones con las que llegó V1 al hospital, se advierte que no se adoptaron medidas razonables y necesarias para evitar riesgos en la salud de la paciente dado que AR1, modificó el tratamiento inicial, el tipo de alimentación y redujo las soluciones parenterales, tal como se acredita con la nota médica de las 17:00 horas del 26 de julio de 2016; nota médica en la que omitió poner su nombre completo y cédula profesional.

51. AR1 también solicitó vigilancia del estado neurológico, así como del patrón respiratorio, solicitando estudios de laboratorio, al igual que una valoración de la glicemia capilar con esquema de insulina, estudios de gabinete e insistió en el pase al servicio de medicina interna; sin embargo, se desconoce qué condiciones presentaba V1 para modificar el tratamiento.

52. Sobre este aspecto, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se determinó que no se contó con la nota médica de valoración de V1, que señalara las condiciones que presentaba en ese momento y que justificara las modificaciones al tratamiento, lo cual era necesario para determinar si fue un manejo adecuado o inadecuado.

53. A las 17:00 horas del 26 de agosto de 2016, MR determinó dos nuevas indicaciones, siendo la primera la aplicación de un bolo de dextrosa y la segunda la administración de antidiarreico, enfatizando que ambas fueron firmadas por médicos internos de pregrado, sin tener la supervisión de un médico de base o

adscrito.

54. MR indicó que V1 presentaba sibilancias, acumulación de líquido en abdomen y peristalsis disminuida, así como edema en zona de declive; respecto de los resultados de los estudios de laboratorio del 27 de julio de 2016 reportó que había alteraciones de la función renal, anemia moderada y con datos de encefalopatía urémica, por lo cual ingresó al servicio de medicina interna para protocolo de inicio de terapia sustitutiva de la función renal.

55. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se destacó que la nota de ingreso de medicina interna de V1 de 26 de julio de 2016, fue realizada por médico interno de pregrado, quien es un recurso en formación que, al encontrarse en preparación y no contar con la supervisión de un médico de base o adscrito al turno no cuenta con la autonomía para realizar cambios u otorgar tratamiento, lo que deviene en que la responsabilidad de las acciones que realiza dicho médico interno se traslada al médico de base, dado que es quien debe supervisar en todo momento la actividad que realice éste, tal como se prevé en la norma oficial mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

56. Al respecto la Norma Mexicana en mención fija las bases de actuación de los médicos residentes en relación con el tratamiento de los pacientes, ya que en el punto 9.3.1. es obligación del médico de base Coordinar y supervisar las actividades asistenciales, académicas y de investigación de los médicos residentes, señaladas en el programa operativo correspondiente; en tanto que en el punto 10.5. se mencionan los derechos que tiene el médico residente de contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio durante el desarrollo de sus actividades diarias y de guardia; finalmente el punto 11.4. señala como obligación

que durante su adiestramiento no podrán tomar decisión alguna de forma unilateral, ya que siempre estarán sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica en la que se encuentren designados. Por lo que habrá que determinarse quién era el médico de base el día de los hechos a fin de determinar su responsabilidad, al no supervisar las determinaciones y acciones que tomó MR y que trascendieron en detrimento de la evolución de la salud de V1.

57. Se llega a la conclusión que el cambio de tratamiento se llevó a cabo por el interno de pregrado ya que en la nota médica de ingreso de medicina interna no contaba con la firma del médico tratante de V1; aunado a esto, no se contó con alguna otra valoración realizada ese mismo día, por personal médico adscrito al servicio de medicina interna. Sin embargo, el 27 de julio de 2016, AR3 realizó interrogatorio a V1, quien refirió dolor abdominal; en la exploración física describió los sonidos pulmonares disminuidos con presencia de sibilancias en área subescapular de ambos pulmones y presencia de edema en miembros torácicos y pélvicos; finalmente hizo mención de que se encontraba en el servicio para ingresar a diálisis peritoneal.

58. En la multirreferida Opinión Médica, se indicó que AR3 si bien manifestó que V1 se encontraba para ser ingresada a diálisis peritoneal, también omitió hacer referencia respecto de cuáles eran las medidas que como médico tratante realizó para este fin, al igual que no hizo interconsulta al servicio de nefrología ni a cirugía general, para que con ello pudieran realizar valoración e intervención para la colocación de catéter y realizar la terapia sustitutiva, así como que no solicitó estudios complementarios para que pudieran determinar el origen de la disminución en los sonidos pulmonares y las sibilancias presentadas.

59. Nuevamente AR3 realizó nota médica el 28 del mismo mes y año, en la cual reportó que V1 presentaba signos vitales dentro de los parámetros adecuado y no tenía dolor; en la exploración física señaló que presentaba murmullo vesicular disminuido, así como que continuaba con el edema en extremidades inferiores, que todavía se encontraba en protocolo para colocación de catéter Tenckhoff y en espera de electrocardiograma.

60. Derivado de esto, en la Opinión Médica se remarcó que AR3 omitió solicitar exámenes complementarios para poder determinar el origen de la disminución de murmullo vesicular y realizar interconsulta al servicio de nefrología y cirugía general.

61. Es evidente que AR3 al omitir allegarse de diagnósticos tanto de nefrología como de cirugía general, puso en un riesgo innecesario a V1, y con ello omitió dar tratamiento a los padecimientos que presentaba la paciente, inclusive ante la falta de estudios complementarios no pudo explicar el deterioro de la mecánica ventilatoria que posteriormente presentó.

62. El 29 de julio de 2016 siendo las 09:00 horas, AR3 reportó que V1 presentó hipertensión y taquipnea, así como ruidos pulmonares disminuidos y con edema en zonas de declive; con lo cual, se reitera que AR3 no realizó ninguna acción encaminada a determinar el origen de la alteración en el patrón respiratorio y no hizo un análisis integral para tomar medidas terapéuticas con base en los resultados de laboratorio del 28 del mismo mes y año, ya que en éstos se apreciaba un aumento en el deterioro de la función renal con presencia de anemia grave.

63. Por su parte, AR4 valoró a V1 el 30 de julio de 2016, y reportó que continuaba con la alteración en la frecuencia respiratoria aún con taquipnea, disminución de la mecánica ventilatoria, persistía el edema de miembros inferiores y todavía se

encontraba en espera del electrocardiograma, así como que continuó con el mismo tratamiento.

64. El personal médico de este Organismo Nacional destacó que AR4 omitió lo siguiente:

64.1. Realizar interconsulta al servicio de nefrología ni a cirugía general, tampoco realizó estudio específico para determinar la persistencia en la disminución del patrón respiratorio.

64.2. No realizó análisis integral de V1 respecto de los resultados de laboratorio de 28 de julio de 2016, en los cuales se apreciaba un aumento en el deterioro de la función renal con anemia grave, situaciones que no tuvieron medidas terapéuticas.

65. En cuanto a AR5, si bien es cierto el 1 de agosto de 2016 realizó interconsulta al servicio de cirugía general para la colocación de catéter Tenckhoff urgente, al considerar que el estado de V1 era grave, ya que presentaba hipertensión arterial, taquipnea, somnolienta con datos de uremia e hipoglucemias, también lo es que, omitió realizar una valoración integral de los estudios de V1, en los cuales se advertía que también presentaba una anemia grave a la cual restó importancia.

66. Se advierte que AR3, AR4 y AR5 continuaron colocando en riesgo la salud de V1, dado que seguían sin proporcionarle atención médica respecto a la anemia grave y patrón respiratorio que presentaba, aunado a que seguían sin referirla al servicio de nefrología.

67. Por su parte, V1 fue valorada por AR6 del servicio de cirugía general el 1 de agosto de 2016 a las 14:00 horas, quien la encontró en estupor, con disminución del murmullo vesicular, progresión de la lesión renal y presencia de anemia grave

68. Es importante mencionar que en el expediente no obra alguna documental en donde se establezca las características quirúrgicas del procedimiento de V1, motivo por el cual no se pudo establecer si el actuar estuvo apegado o no a lo establecido dentro de la literatura médica especializada.

69. Si bien es cierto no se puede determinar si la intervención quirúrgica llevada a cabo a V1 fue adecuada, también lo es que, sí fue posible evidenciar que AR6 omitió proporcionarle una alternativa terapéutica respecto a la anemia grave que presentaba la paciente, así como una valoración integral.

70. En cuanto a la actuación de AR7, se puede decir que el 2 de agosto de 2016, reportó que V1 ya contaba con el catéter Tenckhoff y se encontraba funcional, sin embargo, continuaba con hipertensión arterial, taquipnea, en estado de estupor e inició con la diálisis, de lo cual, peritos médicos de este Organismo Nacional señalaron que el manejo se encontró apegado a los lineamientos establecidos por la literatura médica especializada.

71. Pese al manejo que hasta ese momento AR7 proporcionó a V1, el mismo no pudo ser evaluado de acuerdo a la literatura médica especializada, ya que no se contó en el expediente con la hoja en la cual se mencionaran las características del procedimiento de sustitución de la función renal, es decir, los signos vitales al inicio de la terapia, hora de inicio, cantidad de líquido obtenido y sus características, signos vitales en la conclusión del procedimiento y por último, si se realizó o no solicitud de estudio del líquido obtenido.

72. Posterior a esto, el 3 del mismo mes y año AR7 realizó nota de evolución médica, en la cual señaló que V1 aún presentaba edema de miembros inferiores y que continuaba con la diálisis, por ello incrementó la cantidad de solución para la diálisis, además, agregó al tratamiento diurético un expansor de volumen y antibiótico.

73. Personal médico de este Organismo Nacional determinó que AR7 en la nota del 3 de agosto de 2016, omitió mencionar los motivos por los cuales se inició antibioterapia, sin embargo, dentro del expediente se cuenta con los resultados de laboratorio que evidencian un incremento del deterioro de la función renal, así como que persistía la anemia grave y había un foco de infección, el cual podría justificar el inicio del antibiótico, y de igual manera, el incremento en la solución de diálisis. Cabe destacar, que no justificó el por qué dejó sin tratamiento el estado anémico que presentó V1.

74. En la nota de 4 de agosto de 2016 realizada por AR7, hizo mención que V1 contaba con apoyo ventilatorio, sin embargo, al carecer de elementos (ya que no se menciona en las notas médicas), personal médico de este Organismo Nacional no pudo determinar si dicho apoyo es del que se le realizó durante el acto quirúrgico de colocación de catéter y continuó con el mismo, o si en determinado caso, existió un deterioro de la mecánica ventilatoria y por eso se le instauró dicho tratamiento.

75. De igual forma, se hace hincapié que AR7 no hizo mención de los signos vitales de V1 en la nota médica de 4 de agosto de 2016, parámetros que son obligados para determinar la evolución del paciente.

76. El 5 de agosto de 2016, AR7 indicó que el catéter Tenckhoff era disfuncional, por lo que solicitó valoración por parte de cirugía general, la cual fue realizada por

AR2 a las 20:10 horas del mismo día, quien determinó la necesidad del retiro y colocación del catéter peritoneal.

77. Respecto a la actuación de AR2, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se determinó que el 5 de agosto de 2016, en la nota de valoración de cirugía general omitió realizar una adecuada y completa exploración de V1, ya que no anotó los signos vitales y tampoco planteó tratamiento complementario para la anemia grave que presentaba.

78. En la nota de evolución de 7 de agosto de 2016, AR4 señaló que V1 presentó un mayor decremento de sus funciones, presentaba taquicardia y taquipnea, así como que se encontraba en espera de tiempo quirúrgico para retiro y recolocación del catéter Tenckhoff.

79. Sin embargo, a pesar de que contaba con antecedentes de anemia grave y foco infeccioso, AR4 no solicitó se le realizaran estudios complementarios para determinar el foco de infección, así como no implementó tratamiento que revirtiera el estado anémico que presentaba V1.

80. Dada las circunstancias de salud que presentaba V1 al ingresar al nosocomio señalado y la evolución que fue presentando hasta el día de su fallecimiento, se puede llegar a la conclusión que este nunca tuvo una mejoría, contrario a ello fue en franco deterioro como consecuencia de las acciones y omisiones llevadas a cabo tanto por el personal de servicios de urgencia, quienes sin ningún soporte modificaron el tratamiento médico, así como el área de medicina interna y cirugía general que pese a tener siempre presente la existencia de alteraciones pulmonares, un estado anémico agudo y la necesidad de la valoración del servicio

de nefrología, omitieron atender dichas variantes poniendo en un riesgo innecesario a V1 al no tomar las medidas razonables y necesarias para preservar su vida.

81. Bajo ese tenor, se sustenta lo señalado con la Opinión Médica de este Organismo Nacional, en la que se destacó que el manejo médico de AR1 y MR del servicio de urgencias fue inadecuado con base en lo siguiente:

81.1. AR1 realizó modificación del tratamiento médico sin que exista documentales que den soporte a dichos cambios, tampoco hace mención de los resultados de imagen, solicitados previamente, que confirmaran o descartaran el previo diagnóstico de derrame pleural con su posible tratamiento.

81.2. Dieron indicaciones por parte de recursos en formación (médicos internos de pregrado) sin que constatará supervisión de los médicos adscritos.

82. Por otra parte, el servicio de AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 de medicina interna y cirugía general fue inadecuado por lo siguiente:

82.1. Realizaron ingreso al servicio de medicina interna por parte de un médico residente en preparación, mismo que no contó con el sustento del médico adscrito al no contar con firma en la nota, derivado de lo anterior, no se realizó un adecuado e integral estudio de V1, no se estudió el origen de las alteraciones pulmonares ni se solicitó valoración al servicio de nefrología y cirugía general.

82.2. AR3 y AR4 omitieron realizar análisis integral en relación a la sintomatología que presentaba V1, no consideraron los resultados de laboratorio, no dieron alternativa terapéutica para el estado anémico, ni

solicitaron valoración por nefrología y cirugía interna y con ello dilataron el inicio de la terapia sustitutiva de la función renal.

82.3. AR5 y AR6 no realizaron valoración integral de V1, ya que no hicieron mención en las notas de los estudios de laboratorio, en los cuales presentó una anemia grave, la cual no fue tratada por los médicos.

82.4. No realizaron una valoración médica adecuada, así como que no solicitaron estudios de laboratorio en los cuales pudieran explicar el deterioro de la mecánica ventilatoria.

82.5. Lo cual derivó que, el 8 de agosto a las 14:30 horas, V1 fuera intervenida quirúrgicamente, pero al salir del quirófano, presentó paro cardiorrespiratorio, el cual se logró revertir, ya que le realizaron maniobras de reanimación.

83. El conjunto de omisiones por parte de las autoridades que han sido identificadas como responsables trajeron como consecuencia que el 8 de agosto de 2016, aproximadamente a las 22:15 horas, V1 sufriera un segundo paro cardiaco, el cual no fue posible revertir a pesar del tratamiento empleado, lo cual se hubiera evitado de haberse llevado a cabo un análisis integral en relación a la sintomatología que presentaba como el estado anémico, la falta de valoración por nefrología y cirugía general provocando con ello la dilación en el inicio de la terapia sustitutiva de la función renal.

84. Tomando en consideración las actuaciones de los médicos que trataron a V1, es importante mencionar que la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha establecido lo siguiente:

*“MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA. Para la exigencia de responsabilidad en contra de un médico por un diagnóstico equivocado, ha de partirse de si dicho profesional ha realizado o no todas las comprobaciones necesarias, atendiendo al estado de la ciencia médica, para emitir el diagnóstico. La actividad diagnóstica comporta riesgos de error que pueden mantenerse en ciertos casos dentro de los límites de lo tolerable, **sin embargo, existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina. De lo anterior se colige que el hecho de realizar un diagnóstico sin la diligencia debida por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina**”.*⁵

“Énfasis añadido”.

85. En tal virtud, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 personal médico adscrito del Hospital General de Zona No. 24, que valoró a V1 del 26 de julio al 8 de agosto de 2016, vulneraron su derecho humano a la protección de la salud por inadecuada atención médica, contenido en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II, 77 Bis 9, fracciones V y VIII, de la Ley General de Salud vigente al momento de los hechos; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento

⁵ 10 Tesis Aislada, 1ª. XXVII/2013, Registro 2002570.

de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, lo que derivó en la pérdida de su vida como se analizará enseguida.

B. DERECHO A LA VIDA.

86. 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.

87. 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 (...)**”⁶.*

“Énfasis añadido”.

88. 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

⁶ 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.

de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

89. 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 (...).”*⁷, asimismo, *“(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...).”*⁸

90. 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 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”*⁹.

⁷ “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.

⁸ “Caso Familia Barrios vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, p. 48.

⁹ CNDH. Recomendación 75/2017, p. 61.

91. 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 humana¹⁰; en el caso particular, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por personal médico adscrito al servicio de urgencias del Hospital General de Zona No, 24, constituyen el soporte que comprobó la afectación a su derecho humano a la vida.

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

92. V1 falleció a las Hora y Fecha de fallecimiento y conforme a la información asentada en el certificado de defunción, las causas que provocaron su deceso directamente síndrome urémico, insuficiencia renal crónica y diabetes mellitus tipo II.

93. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se asentó la responsabilidad del personal médico tratante de V1, por los siguientes motivos:

93.1. Las alteraciones pulmonares no fueron estudiadas para determinar el origen de las mismas.

93.2. No realizaron análisis integral en relación con la sintomatología que presentaba, ni consideraron los resultados de los estudios de laboratorio. Y al no solicitar valoración médica por los servicios de nefrología y cirugía interna, dilataron el inicio de la terapia sustitutiva de la función renal.

¹⁰ “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, párrafo 117.

93.3. Los médicos tratantes no realizaron una valoración integral de los estudios de laboratorio en los cuales V1 presentó anemia grave, por lo que, no le dieron alternativa terapéutica; así como que no investigaron el deterioro de la mecánica ventilatoria, incrementándose las complicaciones que ocasionaron su lamentable deceso.

93.4. Al respecto, en el certificado de defunción se destacó como causa básica de su deceso síndrome urémico, aunado a la insuficiencia renal crónica y la diabetes mellitus tipo II.

94. A consecuencia de que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, omitieran otorgar tratamiento integral a V1 respecto de la anemia grave, confirmada con los estudios de laboratorio de 28 y 30 de julio de 2016, no tuvo valoración médica por los servicios de nefrología y cirugía general, no se investigó el deterioro de la mecánica ventilatoria, lo que ocasionó el deterioro del estado de su salud y con ello, se produjo la afectación al derecho humano a la protección de su salud con la subsecuente pérdida de la vida, por lo que se afirma, que dichos profesionistas incumplieron con su deber de garantizar calidad y oportunidad en la atención médica brindada.

95. También incumplieron lo previsto en los artículos 48 y 138 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que destacan el derecho de los usuarios a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad, recibir atención profesional y éticamente responsable, siendo responsabilidad del médico tratante identificar, valorar y atender en forma oportuna los síntomas, con tratamiento adecuado y apegado a principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

96. Igualmente, incumplieron con los puntos 2 y 3 del Código de Conducta para el personal de Salud 2002¹¹, 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.

97. Al no haberle proporcionado a V1 la atención médica que requería, dichas personas servidoras públicas también incumplieron con el artículo 32 de la Ley General de Salud, vigente al momento de los hechos, “...*Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud...*”, así como artículo 9° del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, “...*La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica...*”, y el 7° del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, “... *Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los paciente que atiendan en su jornada de labores...*”.

98. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 4º, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restablecer la salud de las personas.

¹¹ 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.

99. En el presente caso, los médicos tratantes que atendieron a V1, no consideraron la anemia grave que padecía, no tuvo valoración médica por los servicios de nefrología y cirugía interna, no se investigó el deterioro de la mecánica ventilatoria, colocándola en un estado de vulnerabilidad, que ameritaba tratamiento terapéutico inmediato, lo que nunca aconteció, generándosele inestabilidad clínica constante hasta su fallecimiento.

100. Para 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 Unidas¹².

101. 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.

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

103. Por ello, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a fin de que se garantice una vida saludable y se

¹² Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

promueva el bienestar para todos a cualquier edad; por lo cual, 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 con base en los protocolos existentes para cada padecimiento.

104. En el caso particular, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, vulneraron el derecho a la protección de la salud de V1 que trascendió hasta la pérdida de la vida, por lo cual vulneraron los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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.

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

105. 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.

106. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017¹³, 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.”*

¹³ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

107. 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”*¹⁴.

108. 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 (...)”*¹⁵.

109. 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.

110. 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

¹⁴ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

¹⁵ Introducción, p. dos.

los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.¹⁶

111. 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.

112. De las evidencias con que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que en algunas hojas de urgencias, evolución y notas médicas de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 omitieron asentar su firma, cargo, o en su caso, número de cédula profesional; otras fueron ilegibles, con abreviaturas, sin fecha ni hora legible, datos de quien la suscribió o datos del paciente, por lo que dichos profesionistas infringieron los lineamientos del punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, en lo subsecuente 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 (...)”*.

¹⁶ CNDH, p. 34.

113. Por su parte, AR1, AR2, AR3 y MR omitieron colocar los datos generales en las notas, con lo cual contravinieron el punto 5.10, de la referida NOM-004-SSA3-2012, en los que se especifican los requerimientos para llenar las notas en el expediente clínico; AR1 igualmente incumplió con el punto 7.2 de la precitada norma oficial mexicana, al no haber realizado nota médica de valoración. AR3 y MR incumplieron con el numeral 5.9, respecto a que no colocaron los datos generales del paciente en las notas médicas y reportes. Finalmente, AR7 incumplió con el punto 6.1.2. de la citada norma, dado que no mencionó signos vitales en una nota de evolución médica.

114. Dichas omisiones impidieron que se determinara la etiología del padecimiento de V1, de ahí que la historia clínica era fundamental para allegarse de un diagnóstico correcto, lo que no aconteció y en ese sentido, el Poder Judicial de la Federación, ha sostenido la importancia de la historia clínica del paciente, en términos de la siguiente tesis en materia civil:

*“MALA PRÁCTICA MÉDICA. AUSENCIA O DEFICIENCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA. La historia clínica constituye el relato patográfico o biografía patológica del paciente, esto es, la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que ostenta un valor fundamental, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también a la hora de juzgar la actuación de un profesional sanitario. **Así, la ausencia o deficiencia de la historia clínica, genera una presunción en contra de los médicos que trataron al paciente, respecto a la existencia de una posible mala práctica médica,** pues tal ausencia o deficiencia no puede sino perjudicar a quienes tienen el deber de confeccionarla y asentar en ella todos los pormenores necesarios según la ciencia médica y no al paciente, en atención a que son precisamente los médicos quienes se*

*encuentran obligados a documentar detalladamente el curso del acto médico. De lo anterior se colige que el hecho de documentar un historial clínico de **forma incompleta o deficiente por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina***¹⁷.

“Énfasis añadido”.

115. En el caso concreto, no se cubrieron los requisitos establecidos en los puntos 5.9, 5.10, 6.1.2 y 7.2 de la NOM-004-SSA3-2012, ya que se omitieron los datos del personal médico, del paciente, así como la falta de signos vitales y de notas médicas.

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

117. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas

¹⁷ Registro 2002569. Semanario Judicial de la Federación, Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1.

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

118. 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.

119. 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 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 en el sector público y para quienes presten servicios médicos de los sectores social y privado, que adopten sistemas de registros electrónicos en materia de salud; por ello, es 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*

¹⁸ CNDH. Recomendaciones 83/2019, p. 219, 1/2019, p.145, 71/2018, p.243 y 40/2018, p. 222, entre otras.

*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, la cual es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para el Sector Público, así como para aquellos establecimientos que presten servicios de atención médica, personas físicas y morales de los sectores social y privado que adopten un sistema de registros electrónicos en salud en términos de la presente norma y de la legislación aplicable.

120. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 incumplieron con lo previsto en el artículo 8, fracciones I, VI y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos, 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.

D. RESPONSABILIDAD.

121. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, provino de la falta de diligencia con la que se condujeron en la atención médica proporcionada a V1 como se acreditó con las acciones y omisiones descritas en la presente Recomendación, lo que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud que repercutió en la pérdida de la vida de V1.

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

122. Por otro lado, las irregularidades en la integración del expediente clínico de V1, igualmente constituyen responsabilidad para AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y quienes resulten responsables, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-2012, con lo cual se vulneró su derecho humano al acceso a la información en materia de salud.

123. De lo anterior se colige que las referidas personas servidoras públicas incurrieron en actos que afectaron la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto, que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal, conforme a lo dispuesto en los artículos 7 y 8, fracciones I, VI y XXIV de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos.

124. 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:

124.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y en contra de quien resulte responsable con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1 y respecto a la integración del expediente clínico.

124.2. Denuncia en la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y quien resulte responsable, con motivo de la deficiente atención médica de V1.

125. Con independencia de la resolución que emita el Órgano Interno de Control en el IMSS, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en el expediente laboral de las personas servidoras públicas involucradas.

E. REPARACIÓN DEL DAÑO.

126. 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.

127. 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 Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, y el “Acuerdo por el que se reforman 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, V3, V4 y V5, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas para que tengan acceso a la Reparación Integral del daño, para lo cual, se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

128. 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.

129. 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”.²⁰

130. 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 (...)”.²¹

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

i. Rehabilitación.

132. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2, V3, V4 y V5, 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 V1.

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

²¹ “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.

133. 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.

ii. Satisfacción.

134. En el presente caso, la satisfacción comprende que el IMSS colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa y en la presentación de la denuncia en contra del personal médico interviniente y quien resulte responsable, a fin de que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

135. Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el IMSS, se deberá anexar copia de la presente Recomendación, en los expedientes laborales de los servidores públicos involucrados.

iii. Garantías de no repetición.

136. 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.

137. Por tanto, las autoridades del IMSS deberán implementar un curso integral en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, al personal médico del servicio de urgencias, medicina interna y

cirugía general del Hospital General de Zona No. 24, 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 a la debida observancia del contenido de la NOM 004 SSA3 2012, así como del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, y uno más relacionado con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. El contenido de dichos cursos deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultado con facilidad.

138. En el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal médico del área de urgencias, medicina interna y de cirugía general del Hospital General de Zona No. 24, 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.

139. 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”²²*, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

²² Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.

iv. Compensación.

140. 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*”.²³

141. La Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas y la autoridad responsable pague dicho monto, 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, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que esta 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 ocasionado a V2, V3, V4 y V5, con motivo del deceso de V1, en términos de la Ley General de Víctimas,

²³ “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, p. 244.



así como se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se les otorgue una compensación, atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y en contra de quien resulte responsable, con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, así como las relacionadas con la integración del expediente clínico, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

TERCERA. Colabore con este Organismo Nacional en la denuncia que se presente ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y quien resulte responsable, con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

CUARTA. Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el IMSS, deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas, 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 dirigido al personal médico del servicio de urgencias, medicina interna y cirugía general del Hospital General de Zona No. 24, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad,

disponibilidad y calidad relacionados con el derecho al acceso a la información en relación a la debida observancia del contenido de la NOM 004 SSA3 2012, así como al derecho a la protección de la salud del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, y uno más relacionado con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; debiendo asegurarse que entre las personas a las que se imparta se encuentren AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7. El contenido de dichos cursos deberá 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.

SEXTA. 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 del área de urgencias, medicina interna y de cirugía general del Hospital General de Zona No. 24, 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.

SÉPTIMA. 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.

142. 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.

143. 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.

144. 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.

145. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus



recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las Legislaturas de las entidades federativas que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA