

RECOMENDACIÓN No. 37 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN AGRAVIO DE V, POR LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA QUE SE LE BRINDÓ EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 12 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN MÉRIDA, YUCATÁN.

Ciudad de México, a 22 de febrero de 2022

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 3°, párrafo primero, 6°, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/5/2019/5160/Q**, sobre la atención médica brindada a **V**, en el Hospital General Regional Núm. 12 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mérida, Yucatán.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 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; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16, y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley General de Protección y Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá

en conocimiento de las autoridades recomendadas, a través de un listado adjunto en el 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 distintas personas involucradas en los hechos, y expedientes son las siguientes:

DENOMINACIÓN	CLAVE
Quejosa	Q
Víctima	V
Víctima Indirecta	VI
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Queja Administrativa	QA
Recurso de Inconformidad	RI
Queja Médica	QM
Juicio de Nulidad	JN

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

DENOMINACIÓN	SIGLAS, ACRÓNIMO O ABREVIATURA
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Unidad de Medicina Familiar Núm. 20 del IMSS en Mérida, Yucatán	UMF-20
Hospital General Regional Núm. 12 del IMSS en Mérida, Yucatán	HGR-12
Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) del IMSS en Mérida, Yucatán	UMAE
Unidad de Cuidados Intensivos-Adultos	UCI-A

DENOMINACIÓN	SIGLAS, ACRÓNIMO O ABREVIATURA
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Comisión Nacional/Organismo Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN

NORMATIVIDAD	
NOMBRE	ACRÓNIMO
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.	NOM-Del Expediente Clínico

I. HECHOS

5. El 3 de junio de 2019, se recibió en este Organismo Nacional, la queja presentada por Q, VI1 y VI2, en la que señalaron que V acudió el 24 de abril de 2017 a la UMF-20 por sufrir cefaleas frecuentes y cólicos abdominales, ocasión en la que PSP1 le realizó una exploración física, biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina, prescribiéndole ciertos medicamentos.

6. Sin embargo, al empeorar su estado de salud, V nuevamente acudió a la UMF-20, el 3 de mayo de 2017, donde PSP2 le otorgó una nota de referencia con carácter de urgente al HGR-12, ya que presentaba cefalea holocraneana¹ de aparición súbita posterior a síncope, y convulsión crónica con duración de 15 segundos, acompañada de náuseas, dolor epigástrico y eructos. Ese mismo día fue valorado por AR1 en el área de Urgencias del HGR-12, diagnosticándolo con

¹ Dolores y molestias localizadas en toda la cabeza.

cefalea, dislipidemia², trombocitopenia (el organismo cuenta con pocas plaquetas) en estudio, por lo que se le recetaron medicamentos y se le indicó que tenía que acudir a su unidad médica para el estudio de la trombocitopenia.

7. Q, VI1 y VI2 indicaron que V regresó el 4 de mayo de 2017 a la UMF-20 y fue referido al área de Medicina Interna para tratamiento especializado en el HGZ-12 otorgándole cita para el 31 de julio de 2017.

8. No obstante, el 25 de mayo de 2017, V acudió a urgencias de la UMF-20, siendo atendido por PSP3, diagnosticando tinte icterico y plaquetopenia³, remitiendo a V al servicio de Urgencias del HGR-12, donde ingresó y egresó ese mismo día siendo diagnosticado con insuficiencia hepática y probable neoplasia⁴ por AR2, el que determinó a V con pronóstico reservado y reportado como delicado; posteriormente fue remitido a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por diversas complicaciones; sin mencionarse el período en que fue remitido a dicha unidad.

9. Durante la atención que V recibió en el HGR-12, el 03 de junio de 2017, se advirtieron en V datos de antecedente familiar de lupus eritematoso y de artritis reumatoide, por lo que lo mantuvieron aislado, solicitando valoración a hematología de UMAE, la cual determinó que necesitaba ser estudiada la causa del trastorno hematológico.

10. El 04 de junio de 2017 se confirmó diagnóstico de púrpura trombocitopénica y se asentó en nota médica que V ameritaba el traslado del HGR-12 a la UMAE para tratamiento de plasmaféresis como única posibilidad terapéutica, ya que el hospital no contaba con equipamiento para realizarlo; el 5 de junio del mismo año, V falleció.

11. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional, el expediente de queja **CNDH/5/2019/5160/Q**, y para documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó diversa información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es

² Alteración de los niveles de lípidos y proteínas en la sangre.

³ La trombocitopenia o plaquetopenia, es una enfermedad caracterizada por un recuento de plaquetas inferior la normal.

⁴ La formación o crecimiento descontrolado y de algún tipo de tejido propio del organismo que se produce de manera anormal, autónoma y sin propósito, incontrolada e irreversible.

objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y análisis de la pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

12. Escrito de Q, VI1 y VI2 recibido el 3 de junio de 2019, en esta Comisión Nacional, a través del cual externaron las irregularidades que consideraban se habían presentado durante la atención médica otorgada a V, adjuntando copia de las siguientes constancias:

12.1 Solicitud de estudios de laboratorio del 24 de abril de 2017, a favor de V suscrita por PSP1, médico adscrito a la UMF-20.

12.2 Referencia-Contrarreferencia del 3 de mayo de 2017, signada por PSP2, médico adscrito a la UMF-20, a través de la cual canaliza a V al HGR-12 derivado de su diagnóstico de anemia, trombocitopenia y cefalea.

12.3 Referencia-Contrarreferencia del 4 de mayo de 2017, por parte de PSP2, médico adscrito a la UMF-20, por medio de la cual solicitó el traslado de V al HGR-12 por su padecimiento de trombocitopenia, hipertrigliceridemia e intolerancia a la glucosa.

12.4 Notas médicas de urgencia, de 25 y 26 de mayo de 2017, suscritas por PSP3 y PSP4, en las que diagnostican a V cefalea y afasia, por lo que lo canalizaron al HGR-12, para tratamiento especializado.

12.5 Resumen médico de consulta elaborado el 29 de mayo de 2017 por un especialista en medicina interna particular, sobre el estado de salud de V.

12.6 QM presentada el 25 de abril de 2018 por Q ante la Coordinación de Atención al Derechohabiente del IMSS en la Delegación Estatal de ese Instituto en Yucatán, respecto a la atención médica proporcionada a V en la UMF-20 y en el HGR-12.

12.7 Promoción presentada por Q, el 18 de diciembre de 2018, ante la Delegación Estatal del IMSS en Yucatán, en contra de la resolución de la QM,

interpuesta por negligencia médica por la atención que recibió V en la UMF-20 y HGR-12, dando inicio al expediente de RI.

12.8 Resolución dictada por el Consejo Consultivo del IMSS en el recurso promovido por Q, suscrita por los integrantes de dicho consejo.

13. Oficio 095217614C21/2103, del 13 de agosto de 2019, a través del cual el IMSS remitió copia de los expedientes clínicos de V integrados en la UMF-20 y el HGR-12 en Mérida, Yucatán, ello a solicitud de este Organismo Nacional, del que destacan las siguientes constancias:

13.1 Nota Médica de Consultorio 10, en la cual PSP1, médico de la UMF-20, del 24 de abril de 2017, solicitó que se llevaran a cabo diversos estudios de laboratorio a V en relación con la cefalea que padecía.

13.2 Notas Médicas de los días 3 y 4 de mayo de 2017 suscritas por PSP2, médica de la UMF-20, en las que asentó que V necesitaba ser referido de forma urgente al HGR-12 por presentar cefalea holocraneana de aparición súbita que no cede a medicación.

13.3 Memorándum de 31 de julio de 2019, suscrito por el Director de la UMF-20 sobre la atención médica proporcionada a V en ese centro hospitalario.

13.4 Memorándum número 330109062151/DIR/813/2019, del 2 de agosto de 2019, suscrito por el Jefe de Servicios de Prestaciones Médicas de la Delegación Estatal del IMSS en Yucatán, al cual se adjuntó el informe detallado de la atención médica proporcionada a V en el HGR-12, del 3 de mayo de 2017 al 5 de junio de 2017.

13.5 Triage y Nota médica inicial de urgencias de 3 de mayo de 2017 suscrita por AR1, médico adscrito al HGR-12, quien señaló que V presentaba cefalea, dislipidemias y trombocitopenia.

13.6 Nota médica de alta de urgencias del HGR-12, del 25 de mayo de 2017 suscrito por AR2, quien indicó como diagnóstico de V, insuficiencia hepática sin datos de urgencia.

13.7 Nota medica inicial de urgencia de 30 de mayo de 2017 suscrito por PSP5 personal médico del HGR-12, quien detalló la atención médica que le proporcionó a V.

13.8 Notas médicas del 30 de mayo de 2017, de AR3 y AR4, relacionado con la evolución hacia la gravedad en V durante su estadía en el HGR-12.

13.9 Nota de ingreso a la UCI-A del 30 de mayo de 2017, suscrita por PSP6 relativa a la atención brindada y estado de salud de V en el HGR-12.

13.10 Nota de medicina crítica del 31 de mayo de 2017, en la cual AR4 asentó que el estado de salud de V era grave y de pronóstico reservado.

13.11 Nota de interconsulta epidemiológica elaborada por PSP7 en el HGR-12 el 31 de mayo de 2017, quien precisó que V no cumplía con criterios para enfermedad transmitida por vector, sugiriendo realizar estudios complementarios para establecer un diagnóstico.

13.12 Nota de evolución realizada el 1 de junio de 2017 por AR4 en la unidad de cuidados intensivos matutina del HGR-12 en la que advirtió a V con mejoría en su estado neurológico, continúa con tratamiento esteroide y profiláctica antibiótica, pero aún pendiente su envío a servicio de Hematología.

13.13 Notas de evolución de la unidad de cuidados intensivos del HGR-12, del 02 al 05 de junio de 2017, suscritas por AR5, AR6, AR7, AR8 y PSP6 en las que se indicó el tratamiento proporcionado a V en dicha unidad.

13.14 Acta defunción de 5 de junio de 2017 suscrita por el titular del Registro Civil de Yucatán, donde se plasmó como causa del fallecimiento de V, choque refractario, coagulación intravascular diseminada, púrpura trombocitopénica trombótica.

13.15 Dictamen Técnico médico del 31 de julio de 2017, suscrito por PSP8 sobre la atención médica proporcionada a V en el HGR-12, quien, en términos generales, refirió que el estado de salud de V era grave y con alto riesgo de complicaciones.

13.16 Resolución de la QM emitida el 3 de agosto de 2018, por la Comisión Bipartita de Quejas del H. Consejo Consultivo del IMSS en Yucatán, en la que declaró como improcedente la queja médica desde el punto de vista médico y negó la indemnización en favor de Q.

13.17 Resúmenes clínicos elaborados los días 1 y 2 de agosto de 2019, suscritos por PSP8 y PSP9 con relación a la atención médica que le proporcionaron a V en el HGR-12, del 3 de mayo al 5 de junio de 2017.

13.18 Solicitud de pago de indemnización del 3 de junio de 2019 realizada por Q, VI1 y VI2 ante la Coordinación del Derechohabiente del IMSS en Yucatán, con relación a la atención médica que le proporcionaron a V en el HGR-12.

14. Acta circunstanciada con fecha 28 de enero de 2020 elaborada por personal de este Organismo Nacional, a través de la cual se hizo del conocimiento de Q la información enviada por el IMSS para que manifestara lo que en su derecho conviniera.

15. Acta circunstanciada de 14 de mayo de 2021, elaborada por personal de esta Comisión Nacional en la que se hizo constar que Q señaló que fue el 25 de mayo de 2017 cuando V acudió a la UMF-20, de donde fue referido al HGR-12.

16. Dictamen médico de 31 de mayo de 2021, signado por un especialista en medicina legal de esta Comisión Nacional, respecto a la atención brindada a V, en el HGZ-12 en Mérida, Yucatán, quien concluyó que esta fue inadecuada y negligente.

17. Acta circunstanciada de 10 de agosto de 2021 elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar que el asesor jurídico particular de Q interpuso un juicio de nulidad ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa en

contra de la resolución emitida por la Comisión Bipartita de Quejas del H. Consejo Consultivo del IMSS en Yucatán respecto de la QM, donde se inició el expediente JN el cual se encuentra en trámite.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

18. El 26 de abril de 2018, Q presentó QM ante la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente de la Delegación del IMSS en Yucatán, por la negligencia médica cometida en agravio de V por parte de personal médico de la UMF-20 y del HGR-12.

19. El 3 de agosto de 2018, la Comisión Bipartita concluyó como improcedente la QM interpuesta por Q.

20. El 18 de diciembre de 2018, Q interpuso el RI en contra de la resolución emitida por la Comisión Bipartita, con relación a la queja médica interpuesta por la negligencia médica que recibió V por parte de personal médico de la UMF-20 y del HGR-12.

21. Con fecha 1 febrero de 2019, la Comisión Bipartita, declara infundado el RI interpuesto por Q.

22. El 2 de mayo de 2019, Q interpuso JN ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa en contra de la resolución emitida por la Comisión Bipartita que declaró infundado el recurso de inconformidad interpuesto; juicio que se encuentra pendiente de resolución.

23. Asimismo, el 10 de agosto de 2021, el asesor jurídico de Q hizo del conocimiento de este Organismo Nacional, que el 3 junio de 2019 presentó ante el IMSS la solicitud de pago de responsabilidad patrimonial por la negligencia médica en que incurrió el personal médico de la UMF-20 y del HGR-12, en agravio de V, la cual hasta esa fecha se encontraba en trámite.

24. Cabe señalar, que a la fecha de emisión de la presente Recomendación no se tiene evidencia de que se hubiese iniciado procedimiento administrativo ante el

Órgano Interno de Control en el IMSS o denuncia ante la Fiscalía General de la República.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

25. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/5/2019/5160/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, por inadecuada atención médica en agravio de V, atribuibles a personal médico del HGR-12 en Mérida, Yucatán.

A. Derecho a la protección de la salud

26. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁵

27. Por otra parte, el numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.⁶

28. El numeral primero de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que: *“la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos.*

⁵ CNDH, Recomendación 30/21, párr. 35; 28/21, párr. 32; 27/21, párr. 25; 14/21, párr. 39; 13/21, párr. 39; 10/21, párr. 28; 47/2019, párr. 34; entre otros.

⁶ “Artículo 1o. Bis. Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”.⁷

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

30. En la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, se señala que: “ (...) *el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad*”.⁸

31. Para una mejor comprensión de este apartado, se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a V en los nosocomios UMF-20 y HGR-12.

32. De las evidencias que obran en el expediente que dio origen a la presente Recomendación, se acreditó que el 24 de abril de 2017, V acudió a la UMF-20, por presentar cefaleas (dolor de cabeza) frecuentes y dolor abdominal tipo cólico, ocasión en la que PSP1 refirió en su nota médica que V no presentaba ninguna patología crónica o comorbilidad como antecedente de importancia y al explorarlo clínicamente no advirtió algún dato patológico, no obstante, inició protocolo de diagnóstico al solicitar estudios de laboratorio de glucosa, ácido úrico, colesterol total, examen general de orina y biometría hemática completa, así como ultrasonido de hígado y vías biliares, prescribiendo tratamiento médico con analgésico

⁷ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14.

⁸ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, parr.24.

(metamizol) y un protector de la mucosa gástrica (omeprazol), indicándole a V que tenía cita abierta para revisión de los resultados de sus estudios.

33. El 03 de mayo de 2017, V fue valorado por PSP2 en la UMF-20 y después de revisar sus resultados de laboratorio, lo canalizó de forma urgente al HGR-12 para valoración y tratamiento especializado, debido a las cifras tan bajas de plaquetas y hemoglobina halladas, indicando en su diagnóstico presuncional e inicial que V presentaba anemia, trombocitopenia y cefalea en estudio.

34. En el informe rendido a esta Comisión Nacional, PSP9 señaló que V llegó el 3 de mayo de 2017 al servicio de Urgencias del HGR-12 siendo valorado por AR1, quien en su nota médica describió que V fue referido de su UMF con el diagnóstico de cefalea y trombocitopenia. Inició padecimiento 2 meses antes caracterizado por aparentes crisis convulsiva tónico-clónicas sin pérdida de control de esfínteres y cefalea holocraneal acompañada de náuseas, acufenos (sonidos muy molestos que se perciben dentro de los oídos o de la cabeza sin que haya alguna fuente externa que los produzca), siendo tratado con analgésicos sin presentar mejoría. A la exploración física lo advirtió sin alteraciones, concluyendo como diagnóstico final cefalea, dislipidemia y trombocitopenia en estudio, y fue egresado para continuar manejo y protocolo en su UMF.

35. En este sentido, en el dictamen emitido por especialista de este Organismo Nacional, se precisó que en todos los casos de trombocitopenia, antes de prescribir un tratamiento terapéutico, se debe confirmar la veracidad del hallazgo e identificar su causa; teniendo en cuenta que es similar a la anemia, la trombocitopenia no es una enfermedad sino un signo que pudiera estar relacionado a un padecimiento de producción disminuida de plaquetas, como una alteración en la médula ósea (anemias, leucemias); pudiendo tener o no una causa inmunológica, apareciendo en pacientes con alteraciones en el bazo, o bien de tipo dilucional, por transfusiones masivas por dilución.

36. Por lo que el médico tratante debe disponer y proveer de recursos clínicos a los pacientes; circunstancias que AR1 no agotó en la atención médica brindada el día 03 de mayo de 2017 al egresar precipitadamente a V, sin antes establecer la

posible causa de la anemia y la trombocitopenia con las que cursaba, por lo que desde el punto de vista médico legal, AR1 proporcionó una atención médica inadecuada e incurrió en negligencia por omisión, lo que contribuyó al deterioro en el estado de salud de V y no así en su posterior fallecimiento.

37. Posteriormente, el 4 de mayo de 2017, V acudió por tercera ocasión a la UMF-20, ocasión en la que PSP2 en su nota médica de referencia lo diagnosticó con trombocitopenia, hipertrigliceridemia, intolerancia a la glucosa, bicitopenia⁹ a expensas de glóbulos rojos y plaquetas, solicitando referencia a medicina interna, del HGR-12 para tratamiento especializado, con cita abierta a urgencias.

38. Nuevamente los días 25 y 26 de mayo de 2017, V acudió a la UMF-20, siendo atendido por PSP3 y PSP4 respectivamente, quienes plasmaron en sus notas que V refirió que desde hacía varios días presentaba cefalea, afasia, parestesias en miembros superiores e inferiores, sin coordinar movimientos y presentó también visión borrosa, por lo que lo enviaron al HGR-12 para tratamiento especializado.

39. En el informe rendido por PSP8 y PSP9 a esta Comisión Nacional, con fecha 1 de agosto de 2019, indicaron que V acudió por segunda ocasión al área de urgencias del HGR-12, el 25 de mayo de 2017, donde lo diagnosticaron con insuficiencia hepática sin datos de descompensación al advertir ictericia en escleras y parestesias en miembros pélvicos y torácicos de 2 meses de evolución.

40. En vinculación con lo anterior, el 25 de mayo de 2017 V fue valorado por AR2, adscrita al servicio de urgencias del HGR-12, quien decidió darlo de alta por encontrarlo estable, consciente, orientado, afebril, normohidratado, tolerando la vía oral, pupilas normorreactivas, ictericia conjuntival, los ruidos cardiacos rítmicos de adecuados tono e intensidad, sin soplos, campos pulmonares normoaireados sin integrar síndrome pleuropulmonar, el abdomen blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, las extremidades íntegras y funcionales, pulsos periféricos sin edema.

⁹Patología que implica que el paciente padece dos de estas tres enfermedades de la sangre, pudiendo combinarse de la siguiente manera: anemia + trombocitopenia, anemia + leucopenia o trombocitopenia + leucopenia.

41. Con relación a lo antes expuesto, el especialista de esta Comisión Nacional indicó que no existe en el expediente clínico nota de ingreso y/o valoración de urgencias del HGR-12, únicamente se encuentra la nota de egreso hospitalario de misma fecha en la cual AR2 indicó que V ingresó con signos vitales normales, siendo el diagnóstico probable Insuficiencia hepática y que el motivo para acudir a su servicio fue debido a que presentaba ictericia en escleras, hormigueo (parestesias) y disminución de la fuerza (paresias) en brazos y piernas de dos meses de evolución.

42. Así mismo AR2 señaló que, durante la estancia hospitalaria de V, el 25 de mayo de 2017, se le realizaron estudios de laboratorio, los cuales reportaron hemoglobina de 8.3 (13.2-16.6 g/dL), BUN de 24 (6-20 mg/dL), creatinina de 1.52 (0.74-1.35 mg/dL), AST 52 (8-48 U/L), ALT 50 (7-55 U/L), deshidrogenasa láctica DHL 615 (<30 mg/dL), Fosfatasa ácida 35 (44-147 UI/L), Bilirrubina directa 0.42 (menor a 0.3 mg/dL), Bilirrubina indirecta 0.85 (0.20-0.7 mg/dL) omitiendo precisar los resultados de las cifras de plaquetas, a pesar de que en sus indicaciones médicas solicitó "*biometría hemática y química sanguínea*", aunado a que se trataba de un paciente con antecedente de trombocitopenia en estudio y de origen a determinar, lo que evidenció que no se le realizaron un interrogatorio e historia clínica completos, ni la revisión detallada de los resultados de laboratorio, mismos que tampoco se encuentran dentro del expediente clínico de V que se analizó.

43. Aunado a lo expuesto, el dictamen médico emitido por especialista de este Organismo Nacional también señaló que AR2, al establecer que V se encontraba "*hemodinámicamente estable y neurológicamente íntegro*", a pesar de los datos de anemia, daño renal y pruebas de funcionamiento hepático alteradas evidenciados en los estudios de laboratorio efectuados el 25 de mayo de 2017, autorizó su egreso hospitalario, sin concretar la realización del ultrasonido hepático el cual solicitó en su hoja de indicaciones, debido a la sospecha de probable insuficiencia hepática, por lo que debió solicitar y evaluar la biometría hemática completa con cuenta plaquetaria, tiempo de protrombina, pruebas de funcionamiento hepático, química sanguínea y ultrasonido abdominal convencional.

44. Agregó que este estudio de función hepática puede indicar diversas causas de falla en el hígado, como una infección, enfermedades inmunológicas, genéticas, oncológicas u otras, como el abuso de alcohol o algún tipo de medicamento, lo anterior también se sustenta con base en la Guía de práctica clínica de Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, la cual señala que: *“los pacientes que desarrollan insuficiencia hepática crónica [también desarrollan] algunas condiciones como: enfermedades autoinmunes, enfermedades metabólicas genéticas, obstrucción biliar, alteraciones vasculares o uso crónico de medicamentos hepatotóxicos”*¹⁰; por ende, de haberse realizado un interrogatorio e historia clínica completo por parte de AR2, se habrían relacionado dichas alteraciones hepáticas con la posible enfermedad de tipo inmunológica de la que hasta ese momento se desconocía que cursaba V y le estaba provocando anemia y disminución importante en la cifra de plaquetas, lo que fue documentado desde el mes abril de 2017.

45. Por otro lado, V tenía como hallazgo clínico ictericia en escleras¹¹, anemia, hiperbilirrubinemia, incremento de la fosfatasa acida e incremento de la aspartato transferasa (AST)¹², sin embargo no se realizó procedimiento clínico alguno para determinar su causa, tal y como lo establece la Guía de práctica clínica de Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, puesto que AR2 egresó precipitadamente a V del servicio de Urgencias del HGR-12, sin revisar detalladamente los estudios que había solicitado y, tampoco consideró ante una urgencia o eventualidad su atención en ese propio servicio, por el contrario, lo refirió al servicio de Urgencias de una Unidad Médica de Primer Nivel como lo es su Unidad de Medicina Familiar, así fue asentado en sus indicaciones de egreso.

46. Con base en lo anterior, el especialista de esta Comisión Nacional concluyó que, la atención médica brindada por AR2 a V, el día 25 de mayo de 2017, en el servicio de Urgencias del HGR-12, fue inadecuada, incurriendo en negligencia por omisión al no realizar una historia clínica completa que le proporcionara datos y

¹⁰ Guía de práctica clínica de Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, México, Secretaría de Salud, año de autorización para publicación 2009.

¹¹ La piel y el blanco del ojo (esclerótica) se vuelven amarillos. La ictericia se produce cuando hay un exceso de bilirrubina (pigmento amarillo) en la sangre, una enfermedad conocida como hiperbilirrubinemia.

¹² Enzima que se encuentra en el hígado, el corazón y otros tejidos.

antecedentes de relevancia, como la trombocitopenia y anemia que V cursaba desde el mes de abril del mismo año; tampoco revisó detalladamente los resultados de laboratorio solicitados ese día, dado que fueron omitidas en su totalidad las cifras de plaquetas, la anemia, datos de daño renal evidenciados por incremento de los azoados nitrógeno y creatinina e incremento de las enzimas hepáticas y bilirrubinas, alteraciones sanguíneas que ameritaban la indagación de su causa y una adecuada correlación clínica, puesto que el HGR-12 es una Unidad Médica de Segundo Nivel.¹³

47. Por tanto, AR2 pudo agotar todos los recursos disponibles a su alcance, como ordenar para V la realización de un ultrasonido abdominal y una opinión especializada por el servicio de Medicina Interna, a fin de brindarle una atención médica adecuada, sin embargo, no lo llevó a cabo debido a que egresó a V en forma precipitada con el argumento de encontrarlo *“hemodinámicamente estable”*, lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud.

48. Cabe señalar además, que no existió nota médica inicial del servicio de Urgencias del día 25 de mayo de 2017 en el HGR-12, con lo cual AR2 también incurrió en inobservancia a la NOM-Del Expediente Clínico en su numeral 7.1 que señala que deberá elaborarla el médico y deberá contener fecha y hora en que se otorga el servicio; signos vitales; motivo de la atención; resumen del interrogatorio; exploración física y, en su caso, estado mental; resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; diagnósticos o problemas clínicos; tratamiento y pronóstico.

49. Debido a su padecimiento, V acudió nuevamente el 29 de mayo de 2017 a consulta médica particular con un especialista en medicina interna, quien consideró que cursaba con insuficiencia hepática aguda de causa no determinada, presencia de encefalopatía hepática grado 1, trombocitopenia grado tres, lesión renal

¹³ Lo constituyen los hospitales generales de subzona, zona o región en donde se atienden a los pacientes, remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo a la regionalización de los mismos, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación de conformidad a la complejidad de su padecimiento. **NORMA que establece las disposiciones para otorgar atención médica en Unidades médicas hospitalarias de segundo y tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2004.**

aguda¹⁴, anemia grado II normocítica normocrómica, ameritando ser hospitalizado en ese momento para protocolo diagnóstico y tratamiento, así como para llevarle a cabo pruebas de funcionamiento hepático, panel viral de hepatitis, prueba de leptospira, marcadores tumorales CA 19-9¹⁵ y tomografía abdominopélvica.

50. El 30 de mayo de 2017, V acudió nuevamente al servicio de Urgencias del HGR-12, ya que su estado de salud continuaba empeorando, ocasión en la que PSP5 lo envió a protocolo de estudio por sospecha de origen tumoral, solicitando estudios de laboratorio completos y de imagen (no especificados) y revaloración con resultados.

51. Durante su ingreso, el mismo 30 de mayo de 2017 a las 18:15 horas, V fue valorado por AR3, quien al explorarlo clínicamente lo encontró con taquicardia (frecuencia cardiaca de 106), fiebre (38°C), en malas condiciones generales y deterioro neurológico por escala de Glasgow de 11 puntos, protocolizado por insuficiencia hepática desde el día 25 de mayo de 2017, por trombopenia no especificada, anemia y falla renal aguda AKIN I.

52. Al revisar los resultados de laboratorio, AR3 observó la presencia de anemia (hemoglobina de 8.8), disminución importante de plaquetas (trombopenia de 15000) y daño renal (creatinina 1.78, urea 59), siendo que los estudios de ultrasonografía abdominal, tomografía de cráneo y toraco abdominal se encontraban normales, por lo tanto, consideró que al existir fiebre, déficit neurológico y probable neuro infección, era necesario realizar un “PL” (examen citológico) para complementación diagnóstica y discernir entre meningitis y encefalitis viral, no descartando la posibilidad de tratarse de un síndrome neuronal agudo, encefalitis por enfermedad transmitida por vector o púrpura trombocitopénica idiopática, por lo que inició tratamiento para neuro infección, indicando transfundir concentrados plaquetarios, cultivo y valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos por tratarse de un paciente con una grave complicación de salud, sin considerar la valoración por un especialista en hematología.

¹⁴ Hemorragia digestiva, baja de plaquetas y disminución en la capacidad de los riñones para productos nitrogenados.

¹⁵ CA 19-9 es un tipo de marcador tumoral. Los marcadores tumorales son sustancias creadas por las células cancerosas o por las células normales en respuesta al cáncer en el cuerpo. Las personas sanas pueden tener pequeñas cantidades de CA 19-9 en la sangre.

53. En este sentido, para el especialista de este Organismo Nacional, entre las recomendaciones para el uso de concentrados de plaquetas, previo a su suministro debe establecerse la causa de la trombocitopenia, ya que las transfusiones de concentrados plaquetarios no están indicadas en todas las causas de tal enfermedad y podrían estar contraindicadas en ciertas condiciones clínicas, por ejemplo, trombo citopenia inducida por heparina, síndrome urémico hemolítico y púrpura trombocitopénica trombótica.

54. Además, una vez que se ha identificado la causa de la trombocitopenia, la decisión de transfundir al paciente no debe estar basada únicamente en el recuento de plaquetas, sino en la evaluación clínica del paciente, considerándose parámetros como su estado clínico: sangrado activo, fiebre, aumento del tamaño del bazo, grado de anemia, recuento de plaquetas al momento de la indicación de transfusión, procedimientos invasivos a realizar, entre otros.

55. Lo anterior, debido a que puede existir una formación de inmunocomplejos en grandes cantidades luego de la transfusión de plaquetas y/o plasma incompatibles, pudiendo producir cambios en la inmunidad celular y en los procesos inflamatorios que contribuyen a reacciones adversas. (Guías Nacionales para el uso apropiado de la sangre y sus componentes, 2010).

56. Por lo que, antes de haber indicado que se realizara la transfusión de concentrados plaquetarios, AR3 debió indagar sobre las causas del cuadro clínico que presentaba V en ese momento, tales como fiebre (38°C), deterioro neurológico, anemia (hemoglobina de 8.8), disminución importante de plaquetas (trombopenia de 15 000) y daño renal (creatinina 1.78, urea 59).

57. A petición de AR3, AR4 acudió a valorar a V, quien refirió que cursaba con datos clínicos de aumento del tamaño en el hígado y bazo, alteración neurológica y fiebre, de la revisión de laboratorios, también se le advirtió con falla renal aguda, plaquetopenia, hiperbilirrubinemia e incremento de la deshidrogenasa láctica (DHL), señalando que pudiera tratarse de una probable púrpura trombocitopénica trombótica que ameritaba ingreso a la unidad de cuidados intensivos, sin embargo, sólo indicó: *“coordinarse con jefatura de enfermería en turno”*, cuando, a decir del

especialista de este Organismo Nacional, la bibliografía médica sobre el tema establece que ante la sospecha del citado padecimiento, un paciente debe ser valorado por el servicio de Hematología para normar conducta terapéutica, siendo el tratamiento de primera línea la plasmaféresis¹⁶ o recambio plasmático.

58. A las 22:30 horas del 30 de mayo de 2017, PSP6 adscrito a la unidad de cuidados intensivos del HGR-12, encontró a V desorientado con escala de coma de Glasgow de 11 puntos y fiebre de 38.5 ° C, por lo que agregó al tratamiento dos antipiréticos (paracetamol y metamizol), no encontrando datos de sangrado, refiriéndolo hemodinámicamente estable y con el antecedente de haber recibido cinco botones plaquetarios.

59. A las 11: 00 horas del 31 de mayo de 2017, V fue valorado por AR4, quien consideró que por los antecedentes de bicitopenia¹⁷, así como por la aparición de petequias en el tronco y las extremidades, ameritaba valoración por el servicio de epidemiología y toma de serología para dengue así como una nueva tomografía de cráneo de control para evaluar un posible evento vascular.

60. Por otro lado, sobre el diagnóstico presuntivo de dengue, en opinión del especialista médico de este Organismo Nacional salió del contexto presuntivo y protocolo diagnóstico del púrpura trombocitopénica trombótica referida a su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos por PSP6, ya que, contrario a la púrpura, el dengue es una enfermedad infecciosa sistémica, de etiología viral, transmitida por los mosquitos del género *Aedes* y su presentación clínica es variable, desde infección asintomática, cuadro febril indiferenciado o fiebre por dengue, hasta las formas graves con choque y daño orgánico y, entre el cuadro clínico, en general cursa con una fase febril que dura aproximadamente dos a siete días y a menudo se acompaña de rubor facial, eritema de la piel, dolor generalizado y cefalea.

61. Agregó que, si el paciente pasa a la fase crítica del dengue, alrededor del tercer a séptimo día de evolución, la fiebre suele desaparecer con un descenso de la

¹⁶ Es un método mediante el cual se extrae completamente la sangre del cuerpo y se procesa de forma que los glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas se separen del plasma. Las células de la sangre se devuelven luego al paciente sin el plasma, el cual el organismo sustituye rápidamente.

¹⁷ Disminución de tres líneas celulares en donde puede presentarse *anemia* y *leucopenia*, *anemia* y *trombocitopenia* o bien, *trombocitopenia* y *anemia*.

temperatura corporal de 37.5 a 38°C y es donde algunos pacientes mejoran, por lo que, desde el punto de vista clínico, V no cursó con estos antecedentes ni tampoco correspondían en tiempo, ya que su sintomatología inició a principios de abril de 2017, resaltando además, que sus cifras de leucocitos siempre se mantuvieron normales.

62. El mismo 31 de mayo de 2017, V fue valorado por PSP7, adscrita al servicio de Epidemiología, quien refirió que debido a que su padecimiento inició hacía cuatro meses con cefalea, la cual había ido incrementándose en intensidad, pérdida de peso, ictericia y confusión, no cumplía con criterios para enfermedad transmitida por vector (enfermedad propagada por algunos organismos, como insectos y caracoles), sugiriendo realizar estudios complementarios para establecer su diagnóstico.

63. El 31 de mayo de 2017, en evaluación vespertina de V, AR4 refirió en su nota médica que éste ameritaba evaluación por servicio de Hematología y se encontraba muy grave.

64. El 2 de junio de 2017, AR5, adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos del HGR-12 comentó que V se encontraba hemodinámicamente sin datos de síndrome purpúrico (aparición de manchas cutáneas de color rojo o púrpura), pero con plaquetopenia persistente, inició tratamiento con esteroides y amplió el esquema antibiótico, argumentando además que ya le habían sido transfundido plaquetas y que contaba con solicitud de valoración para el servicio de Hematología, sin verificar seguimiento del mismo.

65. En la nota suscrita por AR6 a las 12:30 horas del día 02 de junio de 2017, se señaló que a pesar de que V presentó bradilalia (lenguaje lento), dislalia (dificultad para la pronunciación de palabras), palidez e ictericia de tegumentos y oliguria (disminución en la producción de orina), así como aumento de la bilirrubina indirecta y descenso progresivo e importante de la hemoglobina y plaquetas, únicamente prescribió la administración de metilprednisolona e inmunoglobulina humana y estrecha vigilancia de la función renal, sin considerar el diagnóstico presuntivo de púrpura trombocitopénica trombótica (trastorno de la sangre que

provoca la formación de coágulos), por lo que no realizó una correlación clínica de sus hallazgos con los antecedentes que contaba V y tampoco solicitó valoración por especialista en hematología.

66. Posteriormente, en la valoración vespertina del mismo 02 de junio de 2017 a las 18:00 horas, AR7 refirió que V cursaba con bicitopenia en estudio, anemia severa grado cuatro, probable anemia hemolítica y lesión renal aguda AKI I, presentando deterioro del estado neurológico con pérdida de la memoria a corto plazo, lentitud de pensamiento (bradipsiquia) y bradilalia, palidez generalizada y llenado capilar lento mayor a los tres segundos, precisando que se encontraba pendiente la transfusión de concentrados eritrocitarios y panel viral, omitiendo señalar el diagnóstico presuntivo inicial de púrpura trombocitopénica trombótica, así como la petición de valoración por especialista en hematología.

67. El 03 de junio de 2017, tanto AR4 como AR5, a pesar de que refirieron que V cursaba su cuarto día de estancia con los diagnósticos de pancitopenia, probable síndrome hematofagocítico versus lupus eritematoso sistémico a descartar púrpura trombocitopénica idiopática secundaria a proceso inmunológico, con aumento importante de los azoados por urea de 77.04, creatinina de 2.05 y nitrógeno ureico (BUN) de 36, lo que evidenciaba un progresivo y rápido daño renal, por lo que era necesario transfundirle un paquete globular de 10 unidades, AR4 indicó en su nota médica que no se contaba con material para hemotransfundirlo.

68. Dicha circunstancia prevaleció también el 4 de junio de 2017, ya que AR8, adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos del HGR-12, apuntó en la nota respectiva, que V continuaba pendiente para la hemotransfusión de hemoderivados solicitados en turno previo y que seguían sin contar con ellos, lo que ocasionó que tampoco se le realizara el protocolo de estudio para revaloración a cargo del servicio de Hematología, para iniciar tratamiento médico dirigido, reportando a V grave con alta probabilidad de complicaciones e inclusive muerte.

69. El 04 de junio de 2017, AR4 precisó que V ya contaba con el diagnóstico de púrpura trombocitopénica trombótica evidenciada por resultado del estudio de frotis de sangre periférica con esquistocitos y hemorragia de tubo digestivo alto, desde el

día 30 de mayo de 2017, cuando PSP6 lo estableció clínicamente y sugirió valoración por hematología, situación que hasta esa fecha no había sido considerada por el resto de los médicos adscritos a la Unidad de Cuidados Intensivos al no darle la importancia que ameritaba que V fuese valorado por un especialista en hematología o, en su caso, se trasladado a otra Unidad Médica para su atención especializada.

70. Situación que, a consideración del especialista de este Organismo Nacional, impidió brindarle a V recibir un tratamiento médico oportuno como es el recambio plasmático (plasmaféresis), tratamiento inicial estandarizado para el manejo de la púrpura trombocitopénica trombótica mediante el cual, más de 85% de los pacientes se recupera completamente y, caso contrario, si no es tratada adecuada y oportunamente su mortalidad es de incluso 90%.

71. Asimismo AR4, en la nota médica de las 19:20 horas del 04 de junio de 2017, señaló que V ameritaba traslado a una UMAE para manejo y tratamiento por el servicio de Hematología y evaluar la realización de plasmaféresis¹⁸, ya que en el HGR-12 no contaban con máquina para ello.

72. El 30 de mayo de 2017, PSP6 refirió que el paciente presentaba deterioro en las últimas 24 horas por presentar deterioro neurológico y sangrado de tubo digestivo y, debido a ello, se requirió nueva tomografía de cráneo para descartar evento cerebral hemorrágico; sin embargo, por su estado de salud fue imposible su traslado al área de radiología e imagen.

73. En la nota médica de 5 de junio de 2017, PSP6 apuntó que V falleció a las 04:15 horas de ese día, por estado de choque refractario, coagulación intravascular diseminada y púrpura trombocitopénica trombótica.

74. En tales condiciones, el especialista de esta Comisión Nacional determinó, acerca de las causas de muerte de V, que la coagulación intravascular

¹⁸ Procedimiento para el que se usa una máquina que separa el plasma (la parte líquida de la sangre) de las células sanguíneas. Luego, se mezclan estas células sanguíneas con un líquido que reemplaza el plasma y se devuelven al cuerpo.

diseminada¹⁹ y el choque refractario²⁰, fueron complicaciones secundarias al uso de sustancias vasoactivas por estancia prolongada en la Unidad de Cuidados Intensivos, debido a la falta de integración de un diagnóstico certero que a su vez provocó que V no recibiera un manejo y tratamiento médico oportuno, siendo ambas causas de muerte: choque refractario y coagulación vascular diseminada, que en el presente caso, eran complicaciones prevenibles, ya que el recambio plasmático es el tratamiento inicial estandarizado, antes precisado, aunado a que se trataba de un paciente de 48 años de edad sin comorbilidades agregadas.

75. Por lo tanto, el médico de este Organismo Nacional concluyó que la atención brindada a V, del 30 de mayo al 05 de junio de 2017 en el HGR-12, fue inadecuada por parte de los médicos AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, todos ellos adscritos a la Unidad de Cuidados Intensivos del HGZ-12, quienes incurrieron en impericia al no considerar los datos clínicos ni de laboratorio evidentes de una púrpura trombocitopénica trombótica con los que cursaba V, sin darle la continuidad e importancia de que V fuera valorado y tratado en forma oportuna por un especialista en hematología y, en el supuesto de no contar con el servicio, referirlo a otra unidad médica que sí contara con el recurso, lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud y a su fallecimiento.

76. También señaló que AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 incurrieron en inobservancia al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, al no referir oportunamente a V a otra Unidad Médica que contara con especialista en hematología, tal y como se señala en el artículo 74, que a la letra dice: *“Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.”*

¹⁹ Trastorno trombo hemorrágico agudo, subagudo o crónico, que ocurre como una complicación secundaria en diversas enfermedades y se caracteriza por activación de la secuencia de la coagulación, que conduce a la formación de micro trombos en la circulación del organismo.

²⁰ Complicación que se presenta en pacientes internados en unidades de Terapia Intensiva que requieren de la administración de medicamentos vasoactivos y éstos aumentan la presión arterial.

B. Derecho a la Vida

77. En concordancia con la CrIDH, esta Comisión Nacional ha destacado que, los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) –como el derecho a la protección de la salud– tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales –como el derecho a la vida²¹–. Los DESC funcionan como derechos “puente” de los derechos individuales, con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales, como ocurrió al derecho humano a la vida de V.

78. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos: 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

79. De igual forma, en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. En razón de dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio²², entendiéndose con ello que los derechos a la vida y a la integridad personal se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de la misma.

80. Al respecto, la SCJN ha determinado que *“el derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja [...] no sólo prohíbe la privación de la vida [...] también exige [...] la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, así como adoptar medidas positivas para preservar ese*

²¹ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. Dado al carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

²² CrIDH, Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232.

derecho [...] existe transgresión del 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...”.²³

81. Este Organismo Nacional ha sostenido que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional [...] a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”.*

82. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V, por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, deben ser reproducidas como el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

83. Lo anterior, toda vez que se advirtió que AR1 y AR2 incurrieron en negligencia por omisión y AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 impericia en la atención médica brindada, incumpliendo a su vez con lo dispuesto en el *“Código de conducta para el personal de Salud 2002”*, que en el rubro de *“Estándares de trato profesional”* establece en los puntos 2 y 3: *“Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta”, “se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”.*

84. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el mencionado artículo 4, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados

²³ SCJN. DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO. Registro 163169. Tesis P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, pág.24.

Unidos Mexicanos, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud.

85. En el presente caso, AR1 egresó precipitadamente a V sin establecer la posible causa de la anemia y la trombocitopenia con las que cursaba; además AR2 no realizó una historia clínica completa, no revisó detalladamente los resultados de laboratorio solicitados ese día, no realizó una adecuada correlación clínica y no agotó los recursos necesarios como la práctica de un ultrasonido abdominal y una valoración por el servicio de Medicina Interna que favorecieran a establecer las causas de la anemia, daño renal y alteraciones hepáticas con las que cursaba el agraviado, limitándose únicamente a egresar al paciente en forma precipitada; por ello, se acredita la negligencia por omisión, misma que contribuyó al deterioro del estado de salud de V.

86. En el caso de AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8 todos ellos adscritos a la Unidad de Cuidados Intensivos, incurrieron en impericia en la atención médica brindada a V, del 30 de mayo al 05 de junio de 2017, en el HGR-12, al no considerar los datos clínicos ni de laboratorio evidentes de una púrpura trombocitopénica trombótica con los que cursaba V, manifestados en el procedimiento de pentada de Moskowitz y no le dieron la continuidad e importancia para que V fuera valorado y tratado por un especialista en hematología de manera oportuna, lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud y a su posterior fallecimiento.

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

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

88. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.²⁴

89. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, previene que en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”*.²⁵

90. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que, *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*²⁶

91. Por otra parte, se debe considerar que la NOM-Del Expediente Clínico advierte que *“...el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”*

92. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos

²⁴ CNDH. Recomendación 5/2021, párr. 64; 43/2020, párr. 68; 35/2020 párr. 111; 23/2020 párr. 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116.

²⁵ Observación General 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

²⁶ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se les brinda.

93. También se ha establecido en diversas recomendaciones, que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²⁷

94. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada Norma Oficial, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29.

95. Bajo ese supuesto, y del análisis realizado al expediente clínico de V, se estableció la inobservancia a la NOM-Del Expediente Clínico por parte de la UMF-20, ya que todas las notas médicas, sin excepción, presentaron abreviaturas y ninguna de las notas médicas contenidas en el expediente clínico contenía firma o rúbrica del médico que las realizó, asimismo existió inobservancia de la citada norma por parte del HGR-12, al existir notas médicas con abreviaturas, tachaduras y enmendaduras, ilegibles y sin firma o rúbrica del médico que las realizó.

²⁷ CNDH, Recomendación 5/2021 párr. 68, 46/2020 párr. 72, 16/2020 párr. 69; 23/2020 párr. 96, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.

96. Al respecto, la mencionada NOM-Del Expediente Clínico, establece en su numeral 7.2, que las notas médicas en el Servicio de Urgencias “...*deberá elaborarla el médico cada vez que proporcione atención al paciente...*”, y en lo que respecta a las notas de evolución en hospitalización, referida en el numeral 8.3, se menciona que deberá realizarse “...*cuando menos, una vez al día...*”.

97. La idónea integración de los expedientes clínicos 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; de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la citada norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.

98. Resulta aplicable al respecto, la sentencia del *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, del 22 de noviembre de 2007 emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere: “...*la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.*”. De este modo, la deficiente integración del expediente clínico constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

D. Responsabilidad

D.1. Responsabilidad de personas servidoras públicas

99. Como se precisó en el dictamen médico emitido por un especialista de esta Comisión Nacional, la atención médica que AR1 y AR2 brindaron a V fue inadecuada, incurriendo en negligencia por omisión, al egresar precipitadamente a V sin antes establecer la posible causa de la anemia y la trombocitopenia con las que cursaba, al no realizar una historia clínica completa, no revisar detalladamente los resultados de laboratorio solicitados ese mismo día, no realizar una adecuada correlación clínica y al no agotar los recursos necesarios como la realización de un

ultrasonido abdominal y una valoración por el servicio de medicina interna que favorecieran a establecer las causas de la anemia, daño renal y alteraciones hepáticas con las que cursaba el agraviado, limitándose únicamente a egresar al paciente en forma precipitada.

100. Por lo que respecta a AR3, AR4, AR5, AR6 ,AR7 y AR8, incurrieron en impericia al no considerar los datos clínicos ni de laboratorio evidentes de una púrpura trombocitopénica trombótica con los que cursaba V, sin darle la continuidad e importancia de que el paciente fuera valorado y tratado por un especialista en hematología en forma oportuna, así como inobservancia al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, al no referir oportunamente a V a otra Unidad Médica que contara con especialista en hematología para recibir un tratamiento adecuado y oportuno, que tuvo como consecuencia el deterioro de su estado de salud y su posterior fallecimiento.

D.2. Responsabilidad institucional

101. Este Organismo Nacional también advierte responsabilidad institucional a cargo del IMSS, en virtud de que, de las notas médicas de 3 de junio de 2017, se desprende que AR3 y AR4 asentaron que en ese momento el HGR-12 no contaba con material para hemo transfundir a V, tratamiento que le fue prescrito en su oportunidad, circunstancia que continuó al día siguiente, lo que impidió que V continuara con el tratamiento para su padecimiento.

102. Cabe señalar, que lo anterior, igualmente fue indicado el 1 de junio de 2017 por AR4 en la valoración médica que hizo a V, en donde solicitó el traslado de V a una UMAE para manejo y tratamiento por el servicio de Hematología y evaluar la realización de plasmaféresis, debido a que en el HGR-12 no contaban con máquina de plasmaféresis y no se realizó el traslado, circunstancia que constituye responsabilidad por parte del HGR-12 debido a que esta situación contraviene lo establecido en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que establece que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares, asimismo, el artículo 74 de dicho

ordenamiento, dispone: “...cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución que asegure su tratamiento y que estará obligado a recibirlo...”. Con lo anterior, se puede establecer desde el punto de vista médico-legal, que existió una responsabilidad de tipo institucional por inobservancia al citado Reglamento, al no contar con el suministro para hemo transfundir a V en el HGR-12 y no transferirlo a un nosocomio en donde se pudiera aplicar dicho tratamiento.

103. En el dictamen médico emitido por un especialista de este Organismo Nacional, también se precisó que el HGR-12 incurrió en inobservancia al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, que se advierte al haber transgredido el numeral 26 de dicha norma que establece: “*Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría*”, por lo que, como se señaló, al carecer el HGZ-12 con el suministro para hemo transfundir a V, el personal a cargo de dicho nosocomio incurrió en inobservancia a dicha normatividad.

104. En tal contexto, esta Comisión Nacional encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud de V y la irregularidad señalada en los párrafos precedentes, debido a la omisión por parte del IMSS de dotar al HGR-12 de los recursos médicos suficientes para el tratamiento de las enfermedades que afectan a las personas y que, en este caso, provocó negligencia en el tratamiento oportuno para atender las afecciones que padeció V.

105. Por tanto, la falta insumos para hemo transfundir a V implicó responsabilidad institucional para el IMSS, ya que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, pues no se garantizó una atención médica profesional de calidad para V, acorde con lo previsto en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud, que en términos generales establece que los pacientes tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes, configurándose de tal manera una responsabilidad institucional de acuerdo por lo dispuesto en el artículo 7, párrafos primero y tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

106. De igual forma, al no contar con material para hemo transfundir a V el día 03 de junio de 2017, el HGR-12 incurrió en inobservancia al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que en su artículo 26 señala que: *“Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría”*.

107. En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6°, fracción III; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, con motivo de la inadecuada atención médica de V, que derivó en la pérdida de su vida, para que se inicie e integre el procedimiento administrativo correspondiente.

E. Reparación integral del daño

108. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1°, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

109. 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 demás normatividad aplicable al caso en concreto, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y, en consecuencia el derecho a la vida de V, se deberá inscribir a Q, VI1 y VI2, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

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

111. Asimismo, el IMSS deberá solicitar a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de Q, VI1 y VI2, para que dicho, con el objeto de realizar la medida de compensación económica por concepto de las violaciones a derechos humanos que fueron objeto por parte del personal del IMSS, de conformidad con los artículos 81 y 89 de la Ley General de Víctimas.

a) Medidas de Rehabilitación

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

113. En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar a Q, VI1 y VI2, la atención médica, psicológica y tanatológica que requieran por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá otorgarse por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades específicas, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

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

b) Medidas de Compensación

115. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III y 64, de la Ley General de Víctimas, consisten 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”*.²⁸

116. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Esta incluye los perjuicios,

²⁸ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.

sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como el daño moral, lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenído de los hechos violatorios de derechos humanos.

117. Para tal efecto, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá señalar el monto justo para que se otorgue una compensación a Q, VI1 y VI2, por las violaciones a los derechos humanos, de conformidad con las consideraciones expuestas en la presente Recomendación, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación, a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones; hecho lo cual por el IMSS, deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento, ello en atención al punto primero recomendatorio.

c) Medidas de Satisfacción

118. Estas medidas tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas. De acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

119. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la queja que este Organismo Nacional presente en el Órgano Interno de Control de ese Instituto, en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación.

120. Por lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, se deberá informar las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

d) Medidas de no repetición

121. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de Derechos Humanos no vuelvan a ocurrir.

122. Para tal efecto, en el término de seis meses, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se recomienda se diseñe e imparta un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y administrativo del HGR-12, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. Una vez hecho lo anterior se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

123. Asimismo, en el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS en Yucatán, particularmente del HGR-12, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, en vinculación con los hechos que dieron origen a la presente Recomendación; hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten. Una vez efectuado esto, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento al punto quinto recomendatorio.

124. En consecuencia, esta Comisión Nacional, se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General del IMSS, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidades que le son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral por los daños causados a Q, VI1 y VI2, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el deceso de V, en términos de la Ley General de Víctimas, asimismo se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue la atención médica, psicológica y tanatológica que requieran Q, VI1 y VI2, por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a su edad y necesidades específicas, así como proveerles de los medicamentos convenientes a su situación. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata, en un lugar accesible y con el consentimiento de las víctimas. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente con la autoridad investigadora, en el trámite y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, en el Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano del Seguro Social por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación, y se remitan las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Diseñar e impartir en el término de seis meses, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la NOM-Del Expediente Clínico y las Guías de Práctica Clínica citadas en esta Recomendación, a todo el

personal médico del HGR-12, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS en Yucatán, con énfasis de difusión en el HGR-12, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional en vinculación con los hechos que dieron origen a la presente Recomendación; hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con objeto de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.

SEXTA. Se designe a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

125. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos del artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

126. 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.

127. Bajo el mismo fundamento jurídico le solicito que, de ser el 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.

128. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, 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 CNDH, ante ello este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos, a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA