

RECOMENDACIÓN NO. 137 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN AGRAVIO DE V PERSONA ADULTA MAYOR, EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”, EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Ciudad de México, a 7 de julio de 2022

**DRA. GUADALUPE MERCEDES LUCÍA GUERRERO AVENDAÑO
DIRECTORA GENERAL DEL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, “DR. EDUARDO LICEAGA”**

Distinguida señora Directora 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; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2019/5106/Q**, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, 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 y 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:

Denominación	Clave
Víctima	V
Quejos y Víctima Indirecta	QV
Autoridad Responsable	AR

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
Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (antes Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal)	CDHCM
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional y/o Organismo Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para Segundo y Tercer Nivel	Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario
Hospital General de México "Dr. Liceaga"	HGM

Institución	Acrónimo
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la Ley General de Salud
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, <i>“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”</i>	NOM-027-SSA3-2013, <i>“Regulación de los servicios de salud”</i>
Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, <i>“Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada”</i>	NOM-016-SSA3-2012, <i>“Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento”</i>
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. A las 01:38 horas del 17 de mayo de 2019, QV presentó queja ante la CDHCM, en la que señaló que en esos momentos se encontraba en la entrada del Servicio de Urgencias del HGM, ya que V, de 66 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, presentaba una crisis y no podía respirar, además de que estaba a punto de que le diera “un coma diabético”.

6. Agregó, que el personal médico de dicho nosocomio le refirió que no contaban con equipo para poder atenderla, que debía llevar a V a otro hospital, a pesar de que se

encontraba muy grave; por lo que solicitó la intervención de la citada Comisión Estatal, a fin de que se le brindara la atención médica urgente que requería ya que el estado de salud de V se encontraba en riesgo.

7. Por razón de competencia, la CDHCM remitió la queja a este Organismo Nacional, teniendo comunicación con QV a las 03:00 horas del 17 de mayo de 2019, quien informó al personal de esta Comisión Nacional que V, tenía 20 minutos de haber fallecido.

8. Por lo anterior, esta Comisión Nacional radicó el expediente **CNDH/1/2019/5106/Q**; y a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos, solicitó diversa información al HGM, quien proporcionó copias del expediente clínico de V, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

9. Escrito de queja presentado ante la CDHCM el 17 de mayo de 2019, por QV quien manifestó violaciones a derechos humanos en agravio de V, atribuibles a personal médico del HGM.

10. Oficio R-Q-781-19 de 17 de mayo de 2019, a través del cual personal de la CDHCM remitió a esta Comisión Nacional la queja presentada por QV.

11. Acta circunstanciada de 17 de mayo de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que se comunicó con QV, quien informó que V había fallecido en esa fecha.

12. Oficio OAG-DDHINS-2320-2019 de 28 de agosto de 2019, suscrito por el Director de Derechos Humanos e Investigación Normativa en Salud, Oficina del Abogado General de la Secretaría de Salud Federal, a través del cual remitió lo siguiente:

12.1. Oficio HGM-DG-UJ-2647-2019 de 26 de agosto de 2019, signado por el Titular de la Unidad Jurídica del HGM, en el que anexó:

12.1.1. Hoja de valoración inicial de urgencias adultos de V de las 00:42 horas del 17 de mayo de 2019, realizada por AR1 en la cual señaló en el apartado de motivo de la consulta: que *“acude ... con datos de dificultad respiratoria por lo que se necesitaba manejo avanzado de la vía aérea, sin embargo no se cuenta con espacio físico en este Hospital por lo que se le explica la situación a los familiares, la gravedad de (V), y deciden esperar bajo su responsabilidad”*.

12.1.2. Hoja de alta hospitalaria de las 02:00 horas del 17 de mayo de 2019, en la cual AR1 señaló que V presentó paro cardiorrespiratorio, que se inició maniobras de reanimación, y que no contaban con ventilador mecánico.

12.1.3. Resumen médico de 26 de agosto de 2019, emitido por el Jefe Interino de Servicios de Urgencias del HGM en el cual señaló que V ingresó al área de Triage¹ del Servicio de Urgencias a las 00:42 horas del 17 de mayo de 2017.

13. Oficio OAG-DDHINS-1081-2021 de 8 de febrero de 2021, signado por el Director de Derechos Humanos e Investigación Normativa en Salud de la Oficina del Abogado General de la Secretaría de Salud Federa, en el cual señaló que el HGM es un organismo descentralizado.

14. Acta circunstanciada de 14 de mayo de 2021, en la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar que se constituyó en las oficinas de la Jefatura del Departamento de Asuntos Penales y Médico-Legales del HGM, en donde le fueron proporcionadas copias del expediente clínico integrado por la atención médica que se le brindó a V, del cual destacaron las siguientes:

¹ Es un término francés utilizado para seleccionar, escoger o priorizar la atención médica. Contribuye a que la atención otorgada al paciente sea eficaz, oportuna y adecuada, procurando con ello limitar el daño y las secuelas, y en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos los pacientes más urgentes sean tratados primero.

14.1. Nota de evolución de V con fecha y hora de elaboración de las 03:41 horas del 17 de mayo de 2019, suscrita por AR1, en la cual indicó que “Durante valoración en el área de triage cuenta con criterios de hospitalización”.

14.2. Hoja de indicaciones médicas del Servicio de Urgencias, emitida por AR1, en la que señaló suministrar adrenalina de 1 mg IV (vía intravenosa) de 5 dosis.

14.3. Formato de registros clínicos de enfermería de las 01:06 horas del 17 de mayo de 2019, en la que se estableció que se inició para V maniobras de reanimación cardio pulmonar por veintidós minutos sin respuesta.

14.4. Hoja frontal del Servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas de las 03:45 horas del 17 de mayo de 2019, signada por AR1, en la que se señaló como diagnósticos finales probable tromboembolia pulmonar y defunción.

14.5. Hoja de oficina de admisión del 17 de mayo de 2019, signada por AR1, en la cual mencionó como diagnóstico de entrada de V, insuficiencia respiratoria.

14.6. Hoja de indicación de ingreso hospitalario de V al Servicio de Urgencia Médico Quirúrgicas del 17 de mayo de 2019, suscrita por AR1.

15. Correo electrónico de 17 de mayo de 2021, a través del cual personal de la Unidad Jurídica del Departamento de Asuntos Penales y Médico Legales del HGM remitió lo siguiente:

15.1. Certificado de defunción emitido por la Secretaría de Salud, del que se desprende como fecha y hora de la muerte de V, las 01:27 horas del 17 de mayo de 2019, además de señalar como causas: insuficiencia respiratoria con intervalo de aproximación de un día, edema pulmonar con intervalo de aproximación de un día, insuficiencia renal aguda con intervalo de aproximación de un día y diabetes mellitus tipo 2 con intervalo de aproximación de veinte años.

16. Opinión médica de fecha 12 de enero de 2022, suscrita por personal especializado de este Organismo Nacional, en la que se concluyó: *“PRIMERA: La atención médica proporcionada a (V) en el Hospital General 'Dr. Eduardo Liceaga' ..., en la Ciudad de México, en fecha 17 de mayo de 2019, por el urgenciólogo (AR1), fue inadecuada... SEGUNDA: Durante la atención médica brindada a ... (V)..., se incumplió con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012...”*.

17. Acta circunstanciada de 25 de mayo de 2022, en la cual se hizo constar la llamada telefónica realizada por personal de este Organismo Nacional con QV, en la que informó que no presentó queja, denuncia o procedimiento alguno en contra del personal del HGM por la inadecuada atención médica que le proporcionaron a V.

18. Acta circunstanciada de 5 de julio de 2022, en la que esta Comisión Nacional hizo constar llamada telefónica con personal del HGM en la cual informó que no inició ningún procedimiento en contra de AR1, y que continúa adscrito a dicho hospital.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

19. Del expediente de queja que integró esta Comisión Nacional, se desprendió que QV informó que no presentó queja ante el Órgano Interno de Control en el HGM, ni denuncia de hechos ante la Fiscalía General de la República por la inadecuada atención médica proporcionada a V.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

20. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2019/5106/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con enfoque de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se contó con

evidencias que permiten acreditar violaciones al derecho humano a la protección de la salud atribuibles a AR1, personal médico del HGM, en agravio de V persona mayor de 66 años, debido a las siguientes consideraciones:

A. PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA O EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD (PERSONA ADULTA MAYOR CON PADECIMIENTO DE ENFERMEDAD CRÓNICA -DIABETES-)

21. En la Carta de San José sobre los derechos de las Personas Mayores de América Latina y El Caribe², los Estados firmantes (incluido México), acordaron mejorar el sistema de salud, para que responda de manera efectiva a las necesidades de las personas mayores, entre ellas el acceso preferencial a los medicamentos, equipamientos, ayudas técnicas y servicios integrales, a favor de este grupo de la población.

22. El inciso f) del artículo 9 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores³, refiere que los Estados deben capacitar y sensibilizar a las personas funcionarias públicas y a las encargadas de los servicios sociales y de salud, entre otros, que tengan la encomienda de atender y cuidar a personas mayores, a fin de brindarles un trato digno y prevenir negligencia y acciones o prácticas de violencia o maltrato.

23. Los artículos 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Observación General 6 de Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores, los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, y la Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad, establecen que las personas mayores constituyen un grupo que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, ello en virtud de que su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención, siendo estos

² Comisión Económica para América Latina y el Caribe, "Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe", San José, Costa Rica, 11 de mayo de 2012, pág. 23.

³ Aunque al momento de los hechos y emisión de la presente Recomendación no ha sido firmada ni ratificada por México, es un referente obligado para los estándares internacionales de protección a las personas mayores.

los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

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

25. El artículo 17, párrafo primero, inciso a) del Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); establece en términos generales, que *“toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados parte se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a: a. Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada ...”*.

26. La CrIDH ha establecido la importancia de visibilizar a las personas mayores como *“... sujetos de derechos con especial protección y por ende de cuidado integral, con el respeto de su autonomía e independencia ... Por lo tanto, esta Corte considera que, respecto de las personas adultas mayores, como grupo en situación de vulnerabilidad, existe una obligación reforzada de respeto y garantía de su derecho a la salud. Lo anterior se traduce en la obligación de brindarles las prestaciones de salud que sean necesarias de manera eficiente y continua. En consecuencia, el incumplimiento de dicha*

obligación surge cuando se les niega el acceso a la salud o no se garantiza su protección, pudiendo también ocasionar una vulneración de otros derechos ...”⁴.

27. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquel “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas”⁵. A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

28. La Primera Sala de la SCJN ha reconocido que la situación en la que se encuentran las personas mayores obliga al Estado a garantizar su especial protección⁶, lo cual guarda relación con lo dispuesto por el artículo 5º, fracción III, inciso a) y b) de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, el cual prevé que el derecho humano a la protección de la salud del grupo de población de referencia, debe garantizar que tengan acceso a los satisfactores necesarios para su atención integral, considerando los servicios y condiciones humanas o materiales, y para ello, deben tener acceso preferente a los servicios de salud.

29. De igual forma, el artículo 6º, fracción I de la legislación precitada indica que el Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social de las personas mayores. Además de que toda institución debe proporcionarles atención preferencial, brindar servicios y contar con la infraestructura, mobiliario y equipo adecuado.

30. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en su Recomendación 30/2015, emitida el 31 de agosto de 2015, señaló que: “A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas consideradas

⁴ CrIDH, “Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile”, Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 132.

⁵ “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, párr. 8.

⁶ SCJN, Tesis Constitucional, “ADULTOS MAYORES. AL CONSTITUIR UN GRUPO VULNERABLE MERECE UNA ESPECIAL PROTECCIÓN POR PARTE DE LOS ÓRGANOS DEL ESTADO”, Registro 2009452.

adultas mayores, el 25 de junio de 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en cuyo artículo 3, fracción I, [define:] Personas adultas mayores: Aquellas que cuentan con sesenta años o más de edad”; y en el diverso 4, fracción V, dispone como principio rector del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como “... aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores”.

31. De igual forma, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en su fracción I del artículo 3 define que este grupo poblacional lo constituyen: *“aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad...”*.

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

33. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquel *“estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas”*⁷. A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

34. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que *“por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida*

⁷ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, p. 8; y CNDH, Recomendaciones 26/2019, párr. 24, 23/2020 párr. 22 y 52/2020 párr.26.

y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar”⁸.

35. Para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las personas que sufren enfermedades crónicas graves se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, porque tales padecimientos originan mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad, por su capacidad disminuida para protegerse o hacer frente a tales consecuencias negativas, y en caso de consumarse una violación a tal derecho, los efectos pueden ser más severos y encadenados, originando nuevos factores de vulnerabilidad como puede ser la discapacidad, por lo que requieren de atención prioritaria⁹.

36. La OMS señala que las enfermedades crónicas son aquellas de *“larga duración y por lo general de progresión lenta”*¹⁰. Para dicho Organismo Internacional, las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor afectación son las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición¹¹.

37. En el caso de la diabetes es definida como aquella *“enfermedad sistémica, crónica-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas”*¹².

38. El Informe Mundial sobre la Diabetes de la OMS, indica que dicho padecimiento *“puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente. Algunas de [ellas] son el infarto del miocardio, los*

⁸ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

⁹ CNDH. Recomendaciones 23/2020, párr. 28, 52/2020, párr.36 y 46/2021, párr.19.

¹⁰ OMS, Enfermedades crónicas. Disponible en https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.

¹¹ OMS, “Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas: una guía práctica para la promoción exitosa de la causa”, Suiza, OMS, 2006, pág. 8.

¹² Secretaría de Salud, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”, numeral 3.20.

*accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia renal, la amputación de miembros inferiores, la pérdida de agudeza visual y la neuropatía...*¹³.

39. En ese sentido, la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, afectó otros derechos atendiendo a su calidad de persona mayor con 66 años de edad y antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de a aproximadamente 20 años de evolución, específicamente en la omisión de darle atención prioritaria y oportuna a fin de estabilizarla para que estuviera en condiciones de que fuera trasladada a un hospital de tercer nivel, ello en razón de su situación de vulnerabilidad, atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida.

B. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

40. La protección de la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel¹⁴.

41. En ese sentido, el artículo 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce que la salud es *“un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”*¹⁵.

42. Igualmente, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Observación General 14, de la ONU señaló que: *“la salud es un derecho fundamental 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.*

¹³ Organización Mundial de la Salud, “Informe mundial sobre la diabetes”, Suiza, OMS, 2016, pág. 6.

¹⁴ CNDH. Recomendaciones: 100/2022, párrafo 30; 6/2021, párrafo 25; 35/2020, párrafo 33; 23/2020, párrafo 36; 80/2019, párrafo 30; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28 y 14/2016, párr. 28.

¹⁵ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios ... la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”¹⁶.

43. En el ámbito internacional, los artículos 25, párrafo 1, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; y el 10.1 del Protocolo de San Salvador, reconocen el derecho a la protección de la salud en su más alto bienestar físico, mental y social, en especial, la asistencia médica y los servicios sociales que lo garanticen.

44. 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”*.

45. Por su parte, la CrIDH en el “Caso Vera y otra Vs Ecuador” 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”¹⁷.*

46. El derecho a la protección de la salud tiene como finalidad que el Estado, en sus tres poderes y órdenes de gobierno, satisfaga en forma eficaz y oportuna la necesidad de aquella persona que requiera atención o servicios médicos. El artículo 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece el derecho de toda persona a la protección de la salud.

47. Asimismo, el artículo 2, fracciones I, II y V de la Ley General de Salud establece que el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades: a) el bienestar

¹⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 14 “El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.” Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

¹⁷ “Caso Vera y otra vs Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.

físico y mental de la persona para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; b) la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana; y c) el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

48. Esta Comisión Nacional en su Recomendación General 15, de fecha 23 de abril de 2009, destacó 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”*¹⁸.

49. Asimismo, destacó la importancia de observar el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) relativas a la prestación del servicio de salud, por tratarse de *“instrumentos legales que contienen criterios fundamentales, cuyo propósito es mejorar la calidad de los servicios de salud que prestan las instituciones del país, entre las cuales se encuentran las que tienen que ver con aspectos de: a) carácter preventivo; b) en materia de prestación de servicios médicos; c) trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud (de carácter técnico-administrativo, de capacitación, de infraestructura y administrativas) y de carácter técnico-clínico (equipamiento)”*.

50. La SCJN, señaló que el derecho a la salud, entre los elementos que lo comprenden se encuentra *“el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”*, por lo que es exigible para el Estado, otorgar medicamentos, equipo hospitalario científicamente aprobado, así como condiciones sanitarias adecuadas, *“lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga con los mismos”*¹⁹.

¹⁸ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud.” pág.7.

¹⁹ Tesis Jurisprudencia 1a./J.50/2009 “Derecho a la salud. su protección en el artículo 271, segundo párrafo de la Ley General de la Salud.” Primera Sala de la Suprema Corte de la Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación. Tomo XXIX. Abril 2009, Registro 167530, pág. 164.

51. En estas consideraciones, el derecho a la protección de la salud se encuentra reconocido tanto a rango constitucional como en diversos instrumentos internacionales; sin embargo, esta disposición no solo es dirigida a las personas titulares de este derecho, sino como un deber de garantía y respeto para el Estado a través de sus instituciones.

52. Al resolver el Amparo en Revisión 227/2020 la SCJN señaló “... *una actuación pública que repercute en el goce de un derecho fundamental de particular trascendencia, como lo es el derecho a la protección de la salud y, por consecuencia, el derecho a la vida y a la integridad personal, lo que implica que el análisis de los efectos producidos ... debe ser de mayor intensidad, a fin de verificar las repercusiones en su esfera jurídica [de la persona]*”²⁰.

53. El artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud establece “*La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica*”.

54. Los numerales 71 y 73 del Reglamento de la Ley General de Salud señalan que “*Los establecimientos públicos, sociales y privados que brinden servicios de atención médica para el internamiento de enfermos, están obligados a prestar atención inmediata a todo usuario, en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos*” y que “*El responsable del servicio de urgencias del establecimiento, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido*”.

55. Para garantizar la adecuada atención médica, se debe considerar también uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia,

²⁰ Amparo en Revisión 227/2020, resuelto por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, párr. 54.

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

56. 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, tienen una importante participación en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país²¹. En el presente caso se considera el Objetivo tercero consistente en Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas y todos en cualquier etapa de la vida.

57. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advirtió que AR1, personal médico del HGM, omitió brindar la atención médica adecuada a V, en su calidad de garante, de conformidad con los artículos 32 y 33, fracción II de la Ley General de Salud, en los cuales se establece que se entiende por atención médica al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, y que dentro de las actividades se encuentran las curativas, lo que se tradujo en la violación al derecho a la protección de la salud, como a continuación se analiza.

B.1. Violación a la protección de la salud de V por inadecuada atención médica

58. En el presente caso se trata de V, mujer de 66 años, quien padecía de diabetes tipo 2 de 20 años de diagnóstico, con tratamiento médico no especificado, quien según constaba en pulsera de identificación había ingresado el 16 de mayo de 2019 al Hospital privado de nombre María José Roma, ubicado en Ciudad de México.

59. Sin contar con nota de referencia, V fue trasladada al HGM por personal paramédico el 17 de mayo de 2019, ingresando a las 00:42 horas al área de Triage, en donde fue

²¹ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada "Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", 219/418.

valorada por AR1, quien la reportó con presión arterial de 90/40 (normal 120/80 mmHg), frecuencia cardiaca 117 latidos por minuto, temperatura 36°, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto e incremento de la mecánica respiratoria, señalando como diagnóstico insuficiencia respiratoria, no especificada, estableciendo en el apartado de motivo de consulta que *“acude a esta unidad ... con datos de dificultad respiratoria por lo que se necesitaba manejo avanzado de la vía aérea, sin embargo no se cuenta con espacio físico en este hospital por lo que se explica la situación a familiares la gravedad de la paciente y deciden esperar bajo su responsabilidad”*, realizando una clasificación de triage rojo²².

60. Además, en la nota de evolución AR1 señaló que V se encontraba *“en malas condiciones generales e inestabilidad hemodinámica... , durante la valoración en área de triage cuenta con criterios de hospitalización, notificándosele a familiares quienes aceptan tiempo de espera conscientes del estado de gravedad y riesgo elevado de complicaciones”*; sin que obre en el expediente clínico que les haya informado de manera completa el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondiente, tal como lo refiere el artículo 29 del Reglamento de la Ley General de Salud, y que bajo esa circunstancia hayan aceptado esperar, pues solo está el dicho de AR1.

61. Al respecto, en la Opinión Médica elaborada por personal especializado en medicina forense de esta Comisión Nacional, se advirtió que en la valoración de V durante el triage presentó hipotensión (presión baja), taquicardia (más de 100 latidos por minuto), polipnea (aumento de la frecuencia respiratoria), dificultad respiratoria y datos de insuficiencia respiratoria.

62. Igualmente, en la mencionada Opinión Médica, se estableció que: “AR1, indicó que V se encontraba con malas condiciones generales e inestabilidad hemodinámica, por lo que ameritaba manejo avanzado de la vía aérea, informando a los familiares no contar

²² Urgencia médica.

con espacio físico”; sin embargo, el especialista médico de esta Comisión Nacional estableció que AR1 no documentó el manejo o ingreso de V.

63. Adicionalmente, el personal especializado de este Organismo Nacional señaló que AR1 omitió realizar una exploración física completa y exhaustiva a V, así como solicitar paraclínicos (biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, electrolitos séricos, gasometría, estudio radiográfico, tomografía de tórax y electrocardiograma), ordenar el ingreso para administración de soluciones intravenosas, aminas vasopresoras²³, valoración por cuidados intensivos para su estabilización y ordenar la transferencia a otro hospital que contara con los recursos necesarios y requeridos para su tratamiento, tal como lo establece la literatura médica especializada²⁴; el artículo 77 Bis 37, fracción XII de la Ley General de Salud, y los diversos 73 y 74 del Reglamento de la Ley General de Salud, en los cuales se establece que: *“Los beneficiarios tendrán los siguientes derechos... Recibir atención médica en urgencias...”*. *“El responsable del servicio de urgencias del establecimiento, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido”* y *“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”*.

64. Asimismo, la Ley General de Salud en su artículo 51, el Reglamento de la Ley General de Salud, en los diversos 48 y 75, disponen 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 un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares; que el traslado se llevara a cabo con recursos propios de la unidad que hace el envío, bajo la responsabilidad de su encargado y

²³ Medicamento para control cardíaco y presión arterial.

²⁴ “Las medidas de reanimación hemodinámica deben instaurarse de inmediato, y la consecución de los objetivos marcados debe darse de forma más precoz posible (idealmente en las primeras 6 h) ... El primer paso en la reanimación hemodinámica será la rápida consecución y el mantenimiento de unos valores mínimos de presión de perfusión de los tejidos...”.

conforme a las normas respectivas. De no contarse con los medios de transporte adecuados, se utilizarán los de la institución receptora.

65. Posteriormente, siendo las 01:05 horas del 17 de mayo de 2019, V presentó parada cardiaca, iniciando AR1 de manera inmediata maniobras de reanimación cardiopulmonar y la ingresó al área de choque, lo que se corroboró con la hoja de enfermería en la que se documentó el mencionado ingreso a las 01:06 horas de esa fecha, se realizó manejo avanzado de la vía aérea al primer intento con cánula oro traqueal No. 7.5, señalando no contar con ventilador mecánico, proporcionándole ventilaciones manuales y compresiones torácicas por 22 minutos y administración de aminas vasoactivas (adrenalina), sin presentar retorno a la circulación espontánea, persistiendo con trazo de asistolia por electrocardiograma (sin contracciones cardiacas), determinando el fallecimiento a las 01:27 horas del 17 de mayo de 2019, estableciendo como causas del mismo, insuficiencia respiratoria (1 día), edema pulmonar (1 día), insuficiencia renal aguda (1 día), diabetes mellitus tipo 2 (20 años), tal como consta en el certificado de defunción emitido por la Secretaría de Salud.

66. En relación con lo anterior, el personal especializado de esta Comisión Nacional en la Opinión Médica resaltó que desde el punto de vista médico forense se observó que el manejo médico brindado a V, por AR1 en el HGM el 17 de mayo de 2019, fue inadecuado, ya que desde su llegada omitió realizar la estabilización de V para que estuviera en condiciones de ser trasladada a otro hospital de tercer nivel y darle la oportunidad de realizar el protocolo de estudios necesarios para su diagnóstico preciso y recibir el tratamiento médico requerido a pesar del mal pronóstico ante el grave estado de salud que presentaba, pues necesitaba manejo inmediato, por tratarse de una urgencia médica.

67. Además, esta Comisión Nacional, no deja pasar el inadvertido el hecho de que AR1 clasificó a V con color rojo lo cual indica, de acuerdo con la Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario, debió activar la alerta e ingresar en forma directa a V al área de reanimación, pues el color rojo es para la atención de emergencia por eventos que

ponen en peligro la vida o función de un órgano en forma aguda y debe ser atendido dentro de los primeros 10 minutos a su llegada al Servicio de Urgencias, lo cual no sucedió, toda vez que se registró el triage a las 00:42 horas del 17 de mayo de 2019 y el ingreso al área de choque a las 01:06 horas, ello como consecuencia de que presentó parada cardíaca. Por lo que dicho servicio médico de urgencia, se le otorgó 24 minutos después de su registro.

68. En ese sentido, cabe resaltar que la NOM-027-SSA3-2013, “*Regulación de los servicios de salud*”, instituye que para que la atención médica de urgencias se proporcione con calidad y seguridad, es indispensable que los establecimientos para tal efecto del sector público, social y privado, cuenten con los recursos humanos y materiales suficientes e idóneos, así como que dispongan de criterios claros y homogéneos que les permitan atenuar, detener e incluso revertir la gravedad que presenta el paciente en una condición de urgencia médica o quirúrgica. Asimismo, indica que en caso de traslado del paciente a otra unidad de mayor grado de complejidad y poder de resolución, el médico del servicio deberá elaborar la nota de referencia/traslado e integrar copia en el expediente clínico”²⁵; situación que en el presente caso no sucedió.

V. RESPONSABILIDAD

Responsabilidad Institucional

69. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° Constitucional, “*todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.*”

²⁵ Numeral 6.2.7.

70. La promoción, el respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

71. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponde de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

72. En la presente Recomendación ha quedado expuesta la Responsabilidad Institucional por parte del HGM, por la falta de ventilador mecánico, la cual quedo establecida en la hoja de alta hospitalaria y nota de evolución del 17 de mayo de 2019 en las cuales AR1 señaló que V presentó *“parada cardíaca y trazo de asistolia..., indicándose de manera inmediata maniobras de reanimación cardiopulmonar e ingresando al área de choque realizándose manejo avanzada de la vía aérea al primer intento con cánula orotraqueal No. 7.5 (no contando con ventilador mecánico), por medio del cual presenta salida abundante de líquido claro, proporcionándose ventilaciones manuales y compresiones torácicas por 22 minutos administrando 1mg de adrenalina en dosis alternas ... sin presentar retorno a la circulación espontánea y persistiendo con trazo de asistolia por electrocardiograma, se da por hora de defunción las 01:27 hrs del 17/05/2019...”*.

73. De acuerdo con lo señalado por el personal especializado de esta Comisión Nacional en la Opinión Médica, el HGM al no contar con ventilador mecánico, incumplió con lo establecido en el Apéndice M (Normativo) Unidades de cuidados intensivos, numeral M.1.3.2²⁶ de la NOM-016-SSA3-2012, “*Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento*”.

Responsabilidad de la persona servidora pública

74. La responsabilidad de AR1, se desprende de la negativa de ingresar a V para la atención médica inmediata, o bien ordenar la remisión a un hospital que contara con los insumos y recursos humanos necesarios, ello por el grave estado de salud que presentaba, lo que derivó en un paro cardíaco irreversible y posterior fallecimiento, tal y como se acreditó con las evidencias de las cuales se desprenden las omisiones en que incurrió y que han sido señaladas en la presente Recomendación, por lo que se acreditó la vulneración al derecho a la protección de la salud.

75. De lo anterior se colige que AR1 incurrió en actos que afectaron la legalidad, objetividad, profesionalismo, imparcialidad, integridad, eficacia y eficiencia, que deben ser observados en el desempeño del servicio público, principios que para su observación deben seguirse, bajo las siguientes directrices: actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, así como respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, ello conforme a lo dispuesto en el artículo 7, fracciones I, V y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

76. 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 vía es el sistema no

²⁶ Ventilador mecánico de presión y de volumen.

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, prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado.

77. Para tal efecto, en términos de los artículos 1º, párrafos tercero y cuarto, 2º, fracción I, 7º, 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, fracciones 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, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno de reparar a las víctimas de una forma integral y de manera correlativa a esta obligación, el derecho que tienen las víctimas a ser reparadas de manera integral por el daño que han sufrido, como consecuencia de las violaciones a los derechos humanos que les causaron, a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición.

78. 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, indemnización, 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.

79. En el “Caso Espinoza Gonzáles 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*”²⁷.

80. 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 ...*”²⁸.

81. En el presente caso, este Organismo Nacional acreditó que los hechos analizados se materializaron en la violación al derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, persona adulta mayor con diabetes tipo 2, por lo que se considera procedente establecer la reparación integral del daño ocasionado en los siguientes términos:

i. Medidas de rehabilitación

82. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de conformidad con el artículo 21 de los “*Principios y directrices 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*

²⁷ CrIDH, “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrs. 300 y 301.

²⁸ “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.

reparaciones”, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

83. De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación se deberá brindar, en caso de que lo requiera, a QV, atención psicológica y tanatológica misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la omisión de brindar oportunamente la atención médica a V que de manera desafortunada derivó en un paro cardíaco y posterior pérdida de la vida.

84. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente.

85. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos. Durante su desarrollo y conclusión podrá ser valorada por el personal con especialidad en la materia de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

ii. Medidas de compensación

86. La compensación se encuentra establecida en los artículos 27, fracción III, 64, 65; inciso c), 68 y 72 de la Ley General de Víctimas, la cual consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el HGM en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto a otorgar como compensación a QV, derivado de la violación a derecho humano a la protección de la salud de V, para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la mencionada Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones.

iii. Medidas de satisfacción

87. Las medidas de satisfacción 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 la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al HGM, colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en el HGM, en contra de AR1.

iv. Medidas de no repetición

88. Éstas se encuentran contempladas en los artículos 27, fracción V; 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

89. Por tanto, las autoridades del HGM deberán implementar en el plazo de tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral al personal directivo y médico adscrito al Servicio de Urgencias, 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 de la salud; así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-016-SSA3-2012, “*Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento*” y NOM-027-SSA3-2013, “*Regulación de los servicios de salud*”; Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario, el cual deberán ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

90. Los manuales y contenido de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad, y se deberá realizar un registro de participantes, temario del curso, constancias y/o diplomas otorgados.

91. Todos los cursos serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de salud. Los cuales deberán ser no menores a 20 horas. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

92. Además, se deberá entregar a esta Comisión Nacional las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, videos, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, fotos y evaluaciones, entre otros.

93. Igualmente deberá girar sus instrucciones a quien corresponda para que ese Hospital cuente a la brevedad con un ventilador mecánico y funcional, ello como parte de la obligación normativa que le atañe a dicho nivel de atención médica y hospitalaria, con el objeto de evitar hechos como el que dio origen a la presente Recomendación.

94. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Directora General de Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, las siguientes:

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas a V y QV, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, acompañada del Formato Único de Declaración diseñado por esa Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QV, que incluya la compensación justa en

términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Otorgue atención psicológica y/o tanatológica que requiera QV 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 sus necesidades específicas y proveerle en su caso los medicamentos que requiera. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en el HGM en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente en contra de AR1 por las omisiones precisadas en los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Impartir en un término de tres meses, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral al personal directivo y médico adscrito al Servicio de Urgencias, 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 de la salud; así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-016-SSA3-2012, *“Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento”* y NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud”*; Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario, el cual deberán ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

QUINTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que ese Hospital cuente a la brevedad con un ventilador mecánico y funcional, ello como parte de la obligación normativa que le atañe a dicho nivel de atención médica y hospitalaria; hecho lo cual, envíe a esta Comisión Nacional las pruebas de su cumplimiento.

SEXTA. 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.

95. 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.

96. 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.

97. 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.

98. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá 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 Comisión Nacional, 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