

RECOMENDACIÓN NO. 56/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1, VI2 Y VI3 POR PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 31 de marzo de 2023

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

Distinguida 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; 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2020/4558/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 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión

Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero 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, 113 fracción I y último párrafo, así como 117, párrafo primero 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.

Denominación	Claves
Víctima	V
Víctima Indirecta	VI
Persona Quejosa y Víctima Indirecta	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, ordenamientos y Normas Oficiales Mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV, Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional,

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
	CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México.	HGM
Guía de Práctica Clínica "Guía de Referencia Rápida. Triage Hospitalario de Primer contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel".	GPC Triage Hospitalario
Ley General de Salud	LGS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico"	NOM-Del expediente clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, "Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica".	NOM-Atención en los servicios de urgencias
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Reglamento de la LGS
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN

I. HECHOS

4. El 2 de marzo de 2020, QVI presentó queja ante esta Comisión Nacional, en la cual señaló que aproximadamente a las 20:30 horas del 29 de noviembre de 2019, llevó a su ^{parentesco} V **edad** al servicio de Urgencias del HGM por presentar molestias en la garganta, ya que tenía problemas para deglutir lo que ingería, por lo que se le ingresó, le tomaron los signos vitales y se reportó una presión arterial de 130/80; sin embargo, fue hasta las 23:15 horas que recibió atención médica por parte de una doctora que no proporcionó su nombre y que de manera grosera le preguntó a V "¿pues qué te metiste?", a lo que le respondió que "nada".

5. Agregó que le suministraron a V medicamentos y le hicieron un examen de sangre, presentó dolor en el estómago y a las 00:10 horas **fecha de fallecimiento** nuevamente le tomaron los signos vitales, se reportó una presión arterial de 80/40 y a las 00:20 horas falleció.

6. Al respecto, QVI refirió que a V no se le proporcionó en forma oportuna y eficiente la atención médica que requería, lo que provocó su deceso, situación que lo motivó a presentar el 21 de enero de 2020 una inconformidad ante la CONAMED, pero en la audiencia de conciliación celebrada el 2 de marzo de esa anualidad, el HGM no aceptó su responsabilidad.

7. Debido a lo anterior, este Organismo Nacional radicó el expediente **CNDH/1/2020/4558/Q**, a fin de investigar y analizar las probables violaciones a derechos humanos en agravio de V, para lo cual se obtuvo copia de su expediente clínico e informes de la atención médica brindada en el HGM, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

8. Escrito de queja de fecha 2 de marzo de 2020, presentado por QVI ante este Organismo Nacional, en la que relató las irregularidades en la atención médica proporcionada a V en el HGM.

9. Acta circunstanciada de 13 de marzo de 2020, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que QVI señaló que respecto a la inconformidad que presentó ante la CONAMED, en la audiencia de conciliación el HGM no aceptó su responsabilidad.

10. Correo electrónico de 13 de marzo de 2020, a través del cual QVI envió a este Organismo Nacional copia del certificado de defunción de V, en el que se señalaron como causas del fallecimiento [REDACTED] condición de salud [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

11. Correo electrónico de 29 de noviembre de 2021, por medio del cual personal de la Unidad Jurídica del HGM envió el oficio HGM-DG-UJ-3963-2021 de la misma fecha, suscrito por el Jefe de Departamento de Asuntos Penales y Médico Legales del HGM, al que se adjuntó el expediente clínico integrado por la atención que se le brindó a V, del que destacó lo siguiente:

11.1. Hoja de Valoración Inicial Urgencias Adultos de 29 de noviembre de 2019, suscrita por AR1, médico de base y AR2, médica responsable, en la que se señaló como hora de llegada de V las 21:01; fecha y hora de atención de AR1, 29/11/19-23:21, fecha y hora de término de atención 29/11/19-23:24; fecha y hora de atención de AR3, enfermera, 29/11/19-23:24; temperatura 36° C³, frecuencia respiratoria 18⁴, frecuencia cardíaca 170⁵, tensión arterial 150/90 mmHg,⁶ escala dolor 6⁷, clasificación de Glasgow 15⁸; motivo de consulta: paciente sexo, edad [REDACTED] [REDACTED], inicia padecimiento con dolor abdominal en

¹ Ocurre cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre y oxígeno al cerebro y otros órganos vitales.

² Las taquicardias son arritmias, latidos anormales del corazón, de tres o más impulsos consecutivos con una frecuencia superior a 100 latidos por minuto.

³ Rango institucional normal de 36 a 37.6°C.

⁴ Rango institucional normal 12-20 por minuto.

⁵ Rango institucional normal 60-100 latidos por minuto.

⁶ Rango institucional normal 110/60 a 140/90 mmHg.

⁷ En la escala del 1 al 10.

⁸ La escala de coma de Glasgow es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona, evalúa tres aspectos: respuesta verbal, motora y ocular, el puntaje más bajo es de 3 puntos y el valor más alto es de 15 puntos.

epigastrio⁹, náuseas, vómito, taquicardia¹⁰, EF.¹¹ se corrobora taquicardia de 175 LPM¹², dolor en región de epigastrio y palidez generalizada; diagnóstico: taquicardia supraventricular; tratamiento: EKG¹³, BH¹⁴ y QS¹⁵, metoprolol¹⁶ 50 mg., vía oral dosis única y ondasetrón¹⁷ 8 mg., intramuscular dosis única; enviado a: consulta urgencias; Semáforo: Amarillo¹⁸.

11.2. Formato de registros clínicos de enfermería de 30 de noviembre de 2019, con hora de ingreso 24:40, suscrito por AR4, enfermera; área: choque, cama 8; diagnóstico médico: taquicardia supraventricular; signos vitales: tensión arterial 80/40 mmHg; frecuencia respiratoria: 24; frecuencia cardiaca: 111; saturación de oxígeno 92%; plan terapéutico: adrenalina y atropina; observaciones: paciente que ingresa al servicio sin pulso palpable, se dan maniobras de compresión de RCP¹⁹ básico y avanzado irre recuperable, fallece paciente narración de hecho

11.3. Hoja de alta hospitalaria de 30 de noviembre de 2019, suscrita por PSP, quien señaló que V fue llevado por familiares y contaba con “seguimiento y protocolo diagnóstico por presencia de taquicardia supraventricular, la cual no

⁹ Región abdominal localizada por encima del ombligo y por debajo del esternón.

¹⁰ Pulso acelerado.

¹¹ Enfermera.

¹² Latidos por minuto.

¹³ Electrocardiograma.

¹⁴ Biometría hemática.

¹⁵ Química sanguínea.

¹⁶ Medicamento empleado para el tratamiento de la hipertensión como agente único o en combinación con otros antihipertensivos. Indicado para la angina de pecho y la taquicardia supraventricular.

¹⁷ Medicamento empleado para la prevención y tratamiento de la náusea y vómito posoperatorio o inducidos por la radioterapia y la quimioterapia.

¹⁸ Procedimiento del Servicio de Urgencias, destinado a la clasificación de pacientes de acuerdo con la prioridad con que requiere atención médica, tomando como base a la gravedad de los trastornos de salud que presente el paciente. El color amarillo se considera una urgencia, condiciones en las cuales el paciente puede deteriorarse, llegando a poner en peligro su vida o la función de alguna extremidad.

¹⁹ Reanimación cardiopulmonar.

contaba con tratamiento específico.” Se verificó ausencia de pulso y se iniciaron maniobras de reanimación avanzada por 30 minutos, administración de 8 dosis de adrenalina, sin retorno a la circulación espontánea, se da por hora de defunción la **fecha de fallecimiento**.

12. Opinión Médica de fecha 30 de septiembre de 2022 elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la que se concluyó que la atención médica brindada a V en el HGM el 29 y 30 de noviembre de 2019, fue inadecuada.

13. Acta circunstanciada de 27 de febrero de 2023, en la cual personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica con QVI, en la que informó que no presentó queja administrativa o denuncia con motivo de la inadecuada atención médica que se brindó a V en el HGM; asimismo, proporcionó los datos de VI1, VI2 y VI3 **parentesco** **de V.**

14. Correo electrónico de 2 de marzo de 2023, a través del cual la CONAMED informó que el 21 de enero de 2020 se integró en esa instancia la Queja 1, en atención a la inconformidad formulada por QVI, la cual se concluyó el 2 de marzo de esa anualidad, una vez agotada la etapa de conciliación, en la que las partes no pudieron establecer un arreglo conciliatorio y se dejaron a salvo sus derechos.

15. Oficio HGM-DG-UJ-0837-2023 de fecha 22 de marzo de 2022, suscrito por la Jefa del Departamento de Asuntos Penales y Casos Médico Legales, en el que se precisó que AR1 y AR3 continúan en la plantilla de esa unidad hospitalaria, pero no se encontró registro de AR2 y AR4; así como acta de 27 de marzo de 2023, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la aclaración que se hizo con una persona servidora pública adscrita al referido Departamento de Asuntos Penales y Casos Médico Legales, respecto a los nombres de AR1 y AR3.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

16. El 21 de enero de 2020, QVI formuló queja ante la CONAMED por la inadecuada atención médica proporcionada a V en el HGM, en esa instancia se integró la Queja 1, la cual se concluyó el 2 de marzo de esa anualidad, toda vez que, en la etapa de conciliación, las partes no pudieron establecer un arreglo conciliatorio y se dejaron a salvo sus derechos.

17. Asimismo, QVI informó a esta Comisión Nacional que por los referidos hechos no interpuso ninguna otra queja administrativa o denuncia.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

18. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2020/4558/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3, atribuibles a AR1, AR2, AR3 y AR4 personal médico y de enfermería del HGM. Lo anterior en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

19. 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 nivel²⁰.

20. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud. En ese sentido la SCJN en su jurisprudencia ha señalado que “El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”²¹.

21. El artículo 1º 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”²².

²⁰ CNDH. Recomendaciones: 94/2022 párrafo 34; 44/2021, párrafo 35; 42/2021, párrafo 32; 39/2021, párrafo 62; 75/2020, 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, párrafo 28.

²¹ SCJN, “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD”. Registro 167530.

²² “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.

22. El artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) reconoce que “toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

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

24. Esta Comisión Nacional determinó en su Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud” emitida en fecha 23 de abril de 2009 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 a la información), aceptabilidad y calidad”.

25. Además, en la referida Recomendación se “Reconoció que la protección a la salud (...) es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud”. Igualmente se advirtió, que “el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”.

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

27. 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 país²³. En el presente caso se considera el Objetivo tercero consistente en Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas y todos en todas las edades.

28. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advirtió que el personal médico y de enfermería del HGM omitió brindar la atención médica adecuada a V en su calidad de garantes, de conformidad con los artículos 32 y 33, fracción II de la LGS, en concordancia con el artículo 48 del Reglamento de la LGS, lo que se tradujo en la violación al derecho a la protección de la salud, como a continuación se analiza.

²³ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, 219/418.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V por inadecuada atención médica en el HGM

❖ Antecedentes clínicos de V

29. El presente caso es sobre V, persona del sexo **sexo, edad** años al momento de los hechos, quien, de acuerdo con lo registrado en el expediente clínico analizado, no era portador de enfermedades crónico-degenerativas y se encontraba en seguimiento y protocolo de diagnóstico por **condición de salud** (no se detalló en qué unidad ni desde qué fecha), sin tratamiento específico.

❖ Atención médica brindada a V en el HGM

30. El 29 de noviembre de 2019, V presentó dificultad para deglutir los alimentos, razón por la que QVI lo llevó al servicio de Urgencias del HGM, lugar en el que se registró su llegada a las 21:01 horas de acuerdo con la nota de valoración inicial, pero fue atendido por AR1 y AR2 para la valoración del Triage hasta las 23:21 horas y a las 23:24 se le clasificó con semáforo amarillo, es decir, fue atendido dos horas y veinte minutos después de su llegada, por lo que en la Opinión Médica elaborada por esta Comisión Nacional se consideró que existió un retraso para la valoración inicial de V, la cual no se le otorgó dentro de los primeros treinta a sesenta minutos, como se establece en la GPC Triage Hospitalario, en la que se indica lo siguiente:

“Triage es un término francés utilizado para seleccionar, escoger o priorizar. El Triage es una escala de gravedad, que permite establecer un proceso de valoración clínica preliminar a los pacientes, antes de la valoración, diagnóstico y terapéutica completa en el servicio de urgencias.

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.”

“Amarillo. Urgencias. Condiciones en las cuales el paciente puede deteriorarse, llegando a poner en peligro su vida o la función de alguna extremidad, así como reacciones adversas que pueda presentar el paciente al tratamiento establecido y debe ser atendido en los primero 30 a 60 minutos.” [Énfasis añadido]

31. En la valoración realizada a V por AR1 y AR2, que tuvo una duración de tres minutos, se detalló que presentaba dolor abdominal en epigastrio con intensidad de 6/10, taquicardia de 170 latidos por minuto e hipertensión de 150/90 mmHg, con lo que se integró el diagnóstico de taquicardia supraventricular, se le clasificó con semáforo amarillo, se dio la indicación de que pasara a consulta de Urgencias y se solicitó la práctica de electrocardiograma, así como la administración de medicamento para las náuseas y el motoprolol para la taquicardia.

32. Aunado a que V no fue atendido dentro del tiempo establecido en el Triage con el que se le clasificó, esta Comisión Nacional en la Opinión Médica señaló que las manifestaciones clínicas que presentaba V, como lo eran la taquicardia, hipertensión y dolor abdominal epigástrico, ameritaban que se le clasificara como un paciente en semáforo de atención en rojo²⁴, por lo que determinar que pasara a la consulta de Urgencias fue inadecuado, ya que necesitaba atención inmediata en una zona de reanimación para tratamiento y monitoreo continuo.

²⁴ Emergencia. 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 a Urgencia.

33. A mayor abundamiento, en la mencionada Opinión Médica se estableció que la taquicardia supraventricular es un tipo de arritmia en la que existe un incremento de las contracciones del corazón mayor a 100 latidos por minuto, ocasionadas por una actividad eléctrica anómala del corazón, originada en las regiones por arriba de los ventrículos²⁵, lo cual si bien en algunos casos produce síntomas leves como palpitaciones, también puede poner en peligro la vida; es así que, cuando se sospecha de esta entidad de manera clínica, al ser visible por taquicardia, es necesario el estudio electrocardiográfico para corroborarla.

34. En caso de que el paciente se encuentre estable, se debe determinar el origen e implementar el tratamiento, siempre bajo monitorización electrocardiográfica; además, con independencia de la clasificación de la taquicardia supraventricular, existen opciones terapéuticas que pueden emplearse indistintamente, como lo son: a) El masaje carotídeo en el cuello²⁶, reiterando el monitoreo electrocardiográfico y con equipo de reanimación o desfibrilador por posibles complicaciones; b) El empleo de fármacos como el metoprolol, que es un beta bloqueador selectivo que debe administrarse por vía intravenosa a dosis de 2 a 5 mg. cada 5 minutos hasta un tope de 15 mg. o en dosis seriadas y con monitoreo de la función cardiaca; c) Si no hay respuesta o existe compromiso de la función circulatoria, se emplea el desfibrilador²⁷ para normalizar el ritmo cardiaco.

²⁵ Los ventrículos son las dos cavidades inferiores del corazón, una en el lado derecho y la otra en el izquierdo, que reciben la sangre de las cavidades superiores del corazón y la bombean hacia el resto del cuerpo.

²⁶ Técnica que consiste en ejercer presión digital sobre la bifurcación de la arteria carotídea.

²⁷ Es un dispositivo electrónico que diagnostica y puede ayudar a restablecer el ritmo cardiaco.

35. En el presente caso, en la Opinión Médica de esta CNDH se observó que en la valoración realizada por AR1 y AR2, se ordenó la práctica de un electrocardiograma y no existe constancia de que se hubiese realizado; asimismo, el tratamiento que indicaron con metoprolol no fue intravenoso o con dosis seriadas, ni bajo vigilancia por las posibles complicaciones, retrasando con ello su actuar en el organismo y su efecto sobre la taquicardia.

36. Al respecto, en la Hoja de Valoración de Urgencias Adultos de 29 de noviembre de 2019, se señaló que la atención de AR3 inició a las 23:24 horas, pero no se tiene registro de que hubiese administrado los medicamentos denominados metoprolol y ondansetrón, a pesar de que como personal del servicio de enfermería era la responsable de ministrar los fármacos y hacer el registro de ello en el formato correspondiente, lo que constituye una omisión que pudo haber incidido en la evolución del padecimiento de V, ya que no se tiene la certeza de que los fármacos fueron suministrados.

37. De hecho, de acuerdo con el formato de registros clínicos de enfermería de 30 de noviembre de 2019, el manejo de ese servicio inició a las 00:40 horas por parte de AR4 en el área de Choque, es decir, una hora y diecinueve minutos después de la valoración inicial del servicio de Urgencias, que se realizó a las 23:21 horas del 29 del mes y año referidos, sin que exista justificación de tal retraso. Asimismo, se observó que AR4 anotó que V ingresó al servicio sin pulso palpable y, a pesar de ello, los medicamentos para reanimación se le empezaron a administrar a las 01:30 horas, esto es, cincuenta minutos después del registro de enfermería; se reitera, como ya se mencionó, que en el formato de registros clínicos de enfermería no existe constancia de que se hubiesen ministrado a V en algún momento, los medicamentos denominados metoprolol y ondansetrón.

38. Por lo anterior, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se estableció que fue inadecuada la atención que se brindó a V en el servicio de Urgencias por AR1, AR2, AR3 y AR4 para la taquicardia que presentaba, por lo siguiente:

38.1. Existió un retraso de más de dos horas en la atención inicial de V en el servicio de Triage; además, de acuerdo con las manifestaciones clínicas que presentaba, taquicardia, hipertensión y dolor abdominal epigástrico, ameritaba que se le clasificara como un paciente en semáforo de atención en rojo, con lo que se omitió brindarle atención inmediata en una zona de reanimación para tratamiento y monitoreo continuo, lo que condicionó el deterioro en su estado de salud.

38.2. No se ordenó su monitoreo cardíaco continuo ni de sus cifras de tensión arterial.

38.3. Se indicó la toma de un electrocardiograma, pero no existe evidencia de que éste se hubiera realizado para establecer un diagnóstico inicial, seguimiento y tratamiento precisos.

38.4. No se consideró como opción terapéutica el masaje ceratoideo ni existió vigilancia electrocardiográfica.

38.5. A pesar de que V contaba con más de dos horas de espera para ser atendido, el tratamiento indicado con metoprolol no fue intravenoso o con dosis seriadas, ni bajo vigilancia por las posibles complicaciones, retrasando con ello su actuar en el organismo y su efecto sobre la taquicardia; de hecho, tampoco existe evidencia en la hoja de enfermería de que se hubiese ministrado ese fármaco.

38.6. No existe registro de la evolución de V desde las 23:24 horas del 29 de noviembre de 2019, momento en que concluyó la valoración inicial, hasta las 01:30 horas del 30 de noviembre de 2019, que se le administraron los medicamentos para reanimación.

38.7. No se implementaron los medios diagnósticos y terapéuticos que ameritaba V, así como el tratamiento inmediato una vez que presentó deterioro clínico súbito entre las 00:40 y 01:30 horas, a pesar de que AR4 anotó que V ingresó al servicio sin pulso palpable.

39. Lo anterior, contravino lo establecido en los artículos 51 de la LGS²⁸, así como 48²⁹ y 73³⁰ del Reglamento de la LGS, además de los numerales 5.3, 5.4, 6.2.1 y 6.2.2 de la NOM-Atención en los servicios de urgencias³¹.

²⁸ Artículo 51. 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.

²⁹ Artículo 48. 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.

³⁰ Artículo 73. 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.

³¹ 5.3 En el servicio de urgencias, deben estar disponibles permanentemente, al menos un médico y un elemento de enfermería para **atender de forma inmediata** al paciente que lo requiera.

5.4 Para la recepción del paciente en el servicio de urgencias, se requiere que **un médico valore y establezca las prioridades de atención** del mismo.

6.2.1 Determinar las necesidades de atención de los pacientes, **con base en protocolos de clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas;**

6.2.2 **El médico tratante deberá valorar continua y permanentemente a los pacientes** que se encuentran en el área de observación, **así como registrar las notas de evolución**, por turno o al menos cada 8 horas y **cuando existan cambios clínicos y terapéuticos significativos en las condiciones clínicas del paciente;** el responsable del servicio corroborará esta rutina a través de las notas de evolución que deberán integrarse en el expediente clínico del paciente, de conformidad con lo que señalan las disposiciones jurídicas aplicables;

40. Posteriormente, en la hoja de alta hospitalaria del servicio de Urgencias, elaborada el 30 de noviembre de 2019 por PSP, médico de Urgencias y Medicina Crítica, se indicó que V ingresó al área de Choque por presentar síncope³² (no se precisó hora), se le recibió con clasificación de Glasgow 3/15³³, palidez de tegumentos, pupilas midriáticas³⁴ y con reflejos ausentes en éstas, sin pulsos palpables en cuello o extremidades, por lo que al corroborar ausencia de pulso, de manera adecuada, según la Opinión Médica de esta CNDH, se le iniciaron maniobras de reanimación avanzada y procedimiento de intubación orotraqueal³⁵, con el que se verificaron alteraciones compatibles con edema agudo de pulmón, manifestadas por secreciones hemáticas que le fueron aspiradas, se le realizó masaje cardíaco con administración de medicamentos (adrenalina y atropina), pero no se logró la recuperación de la circulación espontánea, por lo que se declaró su defunción a **fecha de fallecimiento**

41. Por lo antes expuesto, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se señaló que AR1, AR2, AR3 y AR4, incumplieron con lo dispuesto en los artículos 32 y 33, fracción II de la LGS, en concordancia con los artículos 9, 48 y 73 del Reglamento de la LGS, en los que se establece que la “atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”, entendiendo por esta “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”, ya que los usuarios tiene derecho a “obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y recibir atención profesional y éticamente responsable”, así como un diagnóstico temprano que permita proporcionar un tratamiento oportuno y, en el caso del responsable del servicio de urgencias, “está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración

³² Pérdida de la consciencia.

³³ Puntaje bajo, sin respuesta verbal, motora u ocular.

³⁴ Dilatadas.

³⁵ Se inserta a través de la boca.

médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales (...).”

B. DERECHO A LA VIDA

42. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción.

43. Al respecto la CrIDH ha establecido que: “El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él”³⁶.

³⁶ Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número 21. Derecho a la Vida, pág. 5. Disponible en <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>

44. La Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021³⁷, señaló que “existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico 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”.

45. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en las normas internacionales, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

46. 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 (...) a la luz de la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...). En ese sentido, existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)”³⁸.

³⁷ 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

³⁸ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

47. 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 y AR4, personal médico y de enfermería del HGM, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

48. Respecto al derecho a la vida, esta Comisión Nacional concluyó que las omisiones advertidas desde el ingreso de V al HGM, caracterizadas por el retraso en su atención inicial, así como en la falta de asegurar los medios de diagnóstico y terapéuticos que ameritaba para su atención, como: el electrocardiograma; un monitoreo continuo; maniobras vagales³⁹; administración de fármacos con vigilancia estrecha o en su defecto cardioversión con un desfibrilador; valoración por la especialidad de Cardiología; y tratamiento inmediato una vez que presentó deterioro clínico súbito entre las 00:40 y las 01:30 horas, condicionaron el agravamiento del estado de salud de V con su posterior defunción, al no intervenir oportunamente en el padecimiento que presentaba.

49. Por lo anterior, a la **fecha de fallecimiento**, se determinó la muerte de V, señalando en el certificado de defunción como causas de la misma **condición de salud**

50. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2, AR3 y AR4, vulneraron en agravio de V, los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto; 29, párrafo segundo, constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene

³⁹ Maniobra física para desacelerar la frecuencia cardíaca.

como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

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

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

52. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017⁴⁰, consideró que “[...] los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”⁴¹.

53. Resulta aplicable 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 controlarlas 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

⁴⁰ 31 de enero de 2017, párrafo 27.

⁴¹ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.”

consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.⁴²

54. La NOM-Del expediente clínico establece:

[...] el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente [...] integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos [...], mediante los cuales se hace constar [...] las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de [...] datos acerca del bienestar físico, mental y social [...].

55. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.⁴³

⁴² CNDH, Recomendaciones: 44/2021, párrafo 112; 87/2020, párrafo 114; 80/2019, párrafo 66; 1/2018, párrafo 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párrafo 171, y 14/2016, párrafo 41.

⁴³ CNDH, Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017; Recomendación 172/2022, emitida el 31 de agosto de 2022; Recomendación 244/2022, emitida el 16 de diciembre de 2022; Recomendación 4/2023, emitida el 31 de enero de 2023; y Recomendación 24/2023, emitida el 6 de marzo de 2023.

56. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud; 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.⁴⁴

57. Las irregularidades observadas en la integración del expediente clínico de V, constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, toda vez que en diversas Recomendaciones se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves, ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.

58. No obstante, las Recomendaciones, el personal médico, en algunos de los casos, persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana, “Del expediente clínico”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

59. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención a la

⁴⁴ CNDH, *Ídem*, párrafo 34.

que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

60. En consecuencia, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de V que fueron enviadas a este Organismo Nacional, con motivo de la queja presentada por QVI.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico

61. Del expediente clínico formado por la atención médica que se le brindó a V, este Organismo Nacional advirtió en la Opinión Médica que AR1 y AR2, en la hoja de valoración inicial de Urgencias del 29 de noviembre de 2019, indicaron la toma de un electrocardiograma, pero no existe evidencia de que éste se hubiera realizado para establecer un diagnóstico inicial, seguimiento y tratamiento; así como tampoco realizaron el registro de la evolución de V desde las 23:24 horas del 29 de noviembre de 2019, momento en que concluyó la valoración inicial, hasta las 01:30 horas del 30 de noviembre de 2019, que se le administraron los medicamentos para reanimación, lo que incumple con los numerales 6.2, 6.2.3 y 7.2 de la NOM-Del expediente clínico, los cuales establecen que: “De las notas médicas en urgencias. (...) Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma; (...) Nota de evolución. (...) Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente (...), de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente: (...) Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente;”.

62. Por lo que hace a AR3, no hizo el registro de la administración de los medicamentos denominados metropolol y ondansetrón, siendo que el personal del servicio de

enfermería es el responsable de ministrar los fármacos y hacer el registro de ello en el formato correspondiente, lo que incumple con los numerales 9.1 y 9.1.3 de la NOM-Del expediente clínico, los cuales establecen que: “Hoja de enfermería. Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo: (...) Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita”.

63. Como se indicó previamente, la falta de registro del suministro de los medicamentos que le fueron indicados a V constituye una omisión que pudo haber incidido en la evolución de su padecimiento, al no tener la certeza de que los fármacos fueron administrados, situación de la que corresponderá a la autoridad investigadora deslindar la responsabilidad correspondiente.

64. Es así, que resulta relevante la observancia obligatoria de la Norma-Del expediente clínico por parte del personal médico y de enfermería, a efecto de brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual no sólo se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud sino también al derecho que tienen los familiares de los pacientes a conocer la verdad.

D. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

65. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3 y AR4, provino de la falta de diligencia con la que se condujeron dichas personas servidoras públicas en la atención médica proporcionada a V, como quedó acreditado con las conductas y omisiones descritas en la presente Recomendación, lo cual derivó en la violación al derecho a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida de V, como ya se constató y con base en lo siguiente:

65.1. AR1, AR2 y AR3 existió retraso de más de dos horas en la atención inicial de V en el servicio de Triage, lo que condicionó su deterioro.

65.2. AR1 y AR2 clasificaron con Triage amarillo a V para su atención e indicaron que pasara a consulta de urgencias, pero las manifestaciones clínicas que presentaba, como taquicardia, hipertensión y dolor abdominal epigástrico, ameritaban que se clasificara como un paciente en semáforo de atención en rojo, con lo que se omitió brindarle atención inmediata en una zona de reanimación para tratamiento y monitoreo continuo, lo que condicionó el deterioro en su estado de salud.

65.3. AR1 y AR2 indicaron la toma de un electrocardiograma, pero no existe evidencia de que éste se hubiera realizado para establecer un diagnóstico inicial, seguimiento y tratamiento precisos para V, ni consideraron como opción terapéutica el masaje ceratoideo.

65.4. Asimismo, AR1 y AR2, a pesar de que V contaba con más de dos horas de espera para ser atendido, el tratamiento que le indicaron con metoprolol no fue intravenoso o con dosis seriadas, ni bajo vigilancia por las posibles complicaciones, retrasando con ello su actuar en el organismo y su efecto sobre la taquicardia.

65.5. AR3 no hizo el registro de la administración de los medicamentos denominados metoprolol y ondansetrón, siendo que el personal del servicio de enfermería es el responsable de ministrar los fármacos y hacer el registro de ello en el formato correspondiente, omisión que pudo haber incidido en la evolución del padecimiento de V, al no tener la certeza de que los fármacos fueron administrados.

65.6. AR1 y AR2 no realizaron el registro de la evolución de V desde las 23:24 horas del 29 de noviembre de 2019, momento en que concluyó la valoración inicial, hasta las 01:30 horas del 30 de noviembre de 2019, que se le administraron los medicamentos para reanimación.

65.7. AR1, AR2 y AR4 no implementaron los medios diagnósticos y terapéuticos que ameritaba V, así como el tratamiento inmediato una vez que presentó deterioro clínico súbito entre las 00:40 y 01:30 horas del 30 de noviembre de 2019, a pesar de que AR4 anotó que V ingresó al servicio sin pulso palpable.

66. Por otro lado, las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V igualmente constituyen responsabilidad para AR1, AR2 y AR3, quienes infringieron los lineamientos establecidos en la NOM-Del expediente clínico.

67. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3 y AR4, incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén el deber que tienen de cumplir con el servicio encomendado observando los principios de disciplina, legalidad, responsabilidad, ética profesional, objetividad, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público; actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen en su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de su funciones, facultades y atribuciones; promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

68. Cabe señalar que, si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

69. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, y 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo; 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 63 de su Reglamento Interno, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará las denuncias ante el Órgano Interno de Control en el HGM y la Fiscalía General de la República, en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, por las omisiones precisadas en los hechos, observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación, así como por los hechos presuntamente constitutivos de delito, mismos que fueron cometidos en la atención médica de V.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

70. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, 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, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

71. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I; 7; 26; 27, fracciones I, II, III, IV y V; 62, fracción I; 64, fracciones I, II y VII; 65, inciso c); 73, fracción V; 74, fracción VI; 75 fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96; 106; 110, fracción IV; 111, fracción I y último párrafo; 126, fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Víctimas; al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, en agravio de V, así como al acceso a la información en materia de salud, en agravio de QVI, VI1, VI2 y VI3, por lo que se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

72. 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”, y en diversos criterios de la CrIDH, se establece 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, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

73. En el “Caso Espinoza González Vs. Perú”, la CrIDH enunció 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”⁴⁵.

74. 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 ...”⁴⁶.

75. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una trasgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Medidas de rehabilitación

76. 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

⁴⁵ CrIDH, “Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

⁴⁶ CrIDH, “Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

los artículos 27, fracción II, y 62 de la Ley General de Víctimas, así como del numeral 21, de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, incluyendo la rehabilitación “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos sociales”.

77. Por ello, el HGM en coordinación con la Comisión Ejecutiva, atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar en su caso, a QVI, VI1, VI2 y VI3 atención psicológica y tanatológica, por las acciones y omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas con motivo del fallecimiento de V.

78. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en lugar accesible con el consentimiento de las víctimas e información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado, debiendo considerar el abastecimiento de medicamentos, en caso de requerirlos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto segundo recomendatorio.

ii. Medidas de compensación

79. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III y 64 a 72, de la Ley General de Víctimas y consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia⁴⁷”.

⁴⁷ “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

80. La compensación deberá otorgarse a QVI, VI1, VI2 y VI3 de forma apropiada y proporcional a la gravedad de los hechos y la violación a los derechos humanos de V, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas evaluables que sean consecuencia de la violación de sus derechos humanos; es por ello que el HGM, deberá colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1, VI2 y VI3, a través de la noticia de hechos que se realice a esa CEAV con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, VI1, VI2 y VI3, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

iii. Medidas de satisfacción

81. 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.

82. De ahí que el HGM, deberá colaborar ampliamente con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presentará ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, y quien resulte responsable, por los hechos presuntamente constitutivos de delito, mismos que fueron cometidos en la atención médica de V, dando cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, a fin de que dicha instancia realice la

investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

83. En el presente caso, la satisfacción también comprende colaborar ampliamente con el Órgano Interno de Control en el HGM, en el trámite y seguimiento a la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presentará en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, por la inadecuada atención médica proporcionada a V, así como por las advertidas en la integración del expediente clínico, a fin de determinar y/o deslindar la responsabilidad respectiva, tomando en cuenta para ello lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

iv. Medidas de no repetición

84. 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.

85. Para ello, es necesario que el HGM diseñe e imparta en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud, basado en la GPC Triage Hospitalario y la debida observancia de la NOM-Atención en los servicios de urgencias y la NOM-Del

expediente clínico, dirigido al personal médico y de enfermería de los servicios de Urgencias del HGM, en particular AR1 y AR3, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

86. El curso deberá impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en la materia, en el que se incluyan los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias de participación. Lo anterior, para dar cumplimiento al quinto punto recomendatorio.

87. En el plazo de dos meses, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular al personal médico y de enfermería del HGM, que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada del Triage en el servicio de Urgencias, así como para la integración del expediente clínico y adecuada atención médica, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto sexto recomendatorio.

88. En razón a lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las garantías de no repetición previamente descritas, constituyen una oportunidad para que las autoridades en el respectivo ámbito de sus competencias puedan fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, en consecuencia, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía, así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1, VI2 y VI3, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, VI1, VI2 y VI3, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar en su caso, a QVI, VI1, VI2 y VI3 atención psicológica y tanatológica, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas con motivo del fallecimiento de V; asimismo, deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en lugar accesible, con su consentimiento e información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado, debiendo considerar el abastecimiento de medicamentos, en caso de requerirlos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presentará ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, y quien resulte responsable, por los hechos presuntamente constitutivos de delito, mismos que fueron cometidos en la atención médica de V y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, a fin de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

CUARTA. Colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en el HGM, en el trámite y seguimiento a la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presentará en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, por la inadecuada atención médica proporcionada a V, así como por las advertidas en la integración del expediente clínico, a fin de determinar y/o deslindar la responsabilidad respectiva, tomando en cuenta para ello lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas realizadas al respecto en el presente pronunciamiento, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

QUINTA. Diseñar e impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud, basado en la GPC Triage Hospitalario y la debida observancia de la NOM-Atención en los servicios de urgencias y la NOM-Del expediente clínico, dirigido al personal médico y de enfermería de los servicios de Urgencias del HGM, en

particular AR1 y AR3, el cual deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en el que se incluyan los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias otorgadas a los asistentes; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. En el plazo de dos meses, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberá dirigir una circular al personal médico y de enfermería del HGM, con medidas adecuadas de supervisión para la aplicación adecuada del Triage en el servicio de Urgencias, así como para la integración del expediente clínico y adecuada atención médica, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

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

90. 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.

91. 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.

92. 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.

93. 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 solicitará 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

CEFM