

RECOMENDACIÓN NO. 192 /2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN AGRAVIO DE V, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI, VI1 y VI2, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN TIJUANA, BAJA CALIFORNIA.

Ciudad de México, a 29 de septiembre de 2023

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

Apreciable señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero; y, 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, 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/PRESI/2021/8836/Q**, relacionado con el caso de V, en el Hospital General Regional No. 01 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, Baja California.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4, 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 párrafo último, así como, 117, párrafo primero, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública; y 1, 6, 7, 16, 17 y 18, de la Ley General de Protección 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 el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas de las personas involucradas en los hechos, son las siguientes:

DENOMINACIÓN	CLAVE
Persona Víctima Directa	V
Persona Quejosa Víctima Indirecta	QVI
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Servidora Pública	PSP

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones e instrumentos legales se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV o Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional o CNDH

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Hospital General Regional No. 1 del IMSS en Tijuana, Baja California.	HGR-01
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Organización Mundial de la Salud	OMS
Servicio de Urgencias del Hospital General Regional No. 1 del IMSS en Tijuana, Baja California.	SU del HGR-01
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

NORMATIVIDAD	
NOMBRE	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reglamento de Prestaciones Médicas
Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel	GRPTH Urgencias
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Guía Operativa para la Atención de Pacientes por SARS-Co-V2 (COVID-19), en las unidades médicas de 1er y 2do Nivel de Atención del Programa IMSS-BIENESTAR.	GOAP COVID-19

NORMATIVIDAD	
NOMBRE	SIGLAS/ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Guía para el cuidado de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas	GCPAC COVID-19
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico

I. HECHOS

5. El 30 de septiembre de 2021, QVI presentó queja ante este Organismo Nacional, en agravio de su familiar V por la inadecuada atención médica brindada por personal médico del HGR-01 del IMSS en Tijuana, Baja California, ya que el 15 de enero de 2021 ingresó al SU del HGR-01, ante la sospecha de enfermedad por Coronavirus (SARS-CoV-2).

6. Desde su ingreso, familiares de V habían brindado datos de identidad y de contacto a personal del “covitario” y de trabajo social de dicho nosocomio, ello a fin de poder contar con los informes correspondientes sobre el estado de salud de V; sin embargo, personal del HGR-01 duplicó su registro, siendo uno de estos como persona desconocida, negándole información cierta y veraz a QVI y a los familiares de V.

7. De acuerdo con QVI, derivado de la mala atención médica V falleció el 15 de enero de 2021 a las 22:10 horas, de insuficiencia respiratoria de 2 horas de evolución, la cual derivó de una infección por sospecha de Coronavirus, existiendo diversas irregularidades, como

lo fue la duplicidad de constancias médicas en relación a las atenciones de V aunado a que, al haber sido registrado como persona desconocida, se envió su cuerpo al Servicio Médico Forense (SEMEFO) en Tijuana, Baja California, en donde sus familiares tuvieron que emprender los trámites correspondientes para la identificación del cadáver.

8. Con motivo de los citados hechos, se inició el expediente de queja **CNDH/PRESI/2021/8836/Q**, para documentar las violaciones a derechos humanos, se solicitó diversa información al IMSS, entre ella, copia del expediente clínico, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Escrito de queja recibido en esta Comisión Nacional el 30 de septiembre de 2021, mediante el cual QVI se inconformó por la atención médica brindada a V por personal médico del HGR-01.

10. Correo electrónico de 1 de noviembre de 2021, en el que PSP1, personal de enlace del IMSS, remitió a este Organismo Nacional copia de los informes rendidos por personal médico y administrativo del HGR-01, de los cuales se destacan los siguientes:

10.1. Oficio no. 020502200200/608/2021, de 9 de febrero de 2021, suscrito por AR1, Director del HGR-01, dirigido a la Coordinadora Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS en Baja California, por el cual rindió su informe donde narró las atenciones brindadas a V.

10.2. Acuerdo de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, de 5 de marzo de 2021, donde se determinó que la Queja Médica 1 fue procedente administrativamente.

10.3. Oficio no. 020502200200/664/2021 de 9 de febrero de 2021, suscrito por AR2, Jefe del SU del HGR-01, dirigido a la Coordinadora Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS en Baja California, por el cual rindió su informe donde narró las atenciones brindadas a V.

10.4. Informe administrativo sin fecha, suscrito por PSP2 con relación a la atención brindada a V.

11. Escrito recibido el 10 de diciembre de 2021, ante esta CNDH por QVI, dentro del cual narró mayores detalles sobre los hechos.

12. Correo electrónico de 23 de febrero de 2022, en el que PSP3, personal de enlace del IMSS, remitió a este Organismo Nacional copia de documentales relacionadas al caso de las cuales se destacan las siguientes:

12.1. Informe de 14 de abril de 2021, suscrito por la Titular del Área de Auditoría de Quejas y de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el IMSS en Baja California, dirigido a la Coordinadora Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS en Baja California, dentro de cual señaló la radicación del Expediente A, mismo que fue registrado en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas de la Secretaría de la Función Pública.

13. Correo electrónico de 17 de mayo de 2022, en el que PSP4 personal de enlace del IMSS, remitió a este Organismo Nacional copia del oficio 029001720100SMD/1963/2021, signado por la representación de la Subcomisión Mixta Disciplinaria del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Baja California del IMSS, dentro del cual se informó la imposibilidad para sancionar a las personas servidoras públicas involucrados.

14. Correo electrónico de 1 de julio de 2022, en el que PSP4, personal de enlace del IMSS, remitió a este Organismo Nacional copia de notas elaboradas a consecuencia de las atenciones de V en el HGR-01, siendo las siguientes:

14.1. Acta de defunción de V, emitida por el Registro Civil en Tijuana, Baja California, en donde se indicó que el 16 de enero de 2021 a las 11:10 horas, falleció V teniendo como causa neumonía aguda¹ de etiología² indeterminada.

14.2. Nota médica de Triage³ de V, elaborada por personal médico de quien se desconoce su nombre al no haberlo registrado, de 15 de enero de 2021 a las 20:27 horas, en donde se señaló como motivo de atención COVID 19 y se catalogó el nivel de gravedad del paciente como “IV verde”.

14.3. Nota médica inicial del Servicio de Urgencias de 15 de enero de 2021, de las 23:00 horas, elaborada por AR3 médica adscrita al SU del HGR-01, quien diagnosticó a V con fuga disociativa al no responder al llamado, agregando como pronóstico bueno para la vida.

14.4. Nota de trabajo social médico de 16 de enero de 2021 a las 12:23 horas, elaborada por AR4, dentro del cual narró el ingreso de V al Servicio de Urgencias y enlistó los nombres y medios de contacto de sus familiares.

15. Correo electrónico de 25 de noviembre de 2022, en el que PSP4 remitió a este Organismo Nacional copia de notas elaboradas a consecuencia de las atenciones de V

¹ Infección que inflama los sacos aéreos de uno o ambos pulmones. Los sacos aéreos se pueden llenar de líquido o pus lo que provoca tos con flema o pus, fiebre, escalofríos y dificultad para respirar.

² Ciencia que estudia, en sentido amplio, las causas de las enfermedades como factores internos y externos.

³ Es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad, los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos en las unidades médicas.

en el HGR-01, de las cuales se destacan las siguientes:

- 15.1.** Nota médica de Triage e inicial del Servicio de Urgencias de 15 de enero de 2021, de las 22:01 horas, elaborada por AR5 médica adscrita al SU del HGR-01, dentro de la cual se indicó que se trató a una persona desconocida, en donde catalogó como nivel de gravedad del paciente como “I rojo”, señalando como motivo de atención *“COVID Llego en ambulancia sin ningún dato personal ni familiar muerte a la arribo”* (sic).
- 15.2.** Formato para el control y registro de defunciones por causa médico legal de 15 de enero de 2021, sin nombre, firma ni número de cédula profesional del personal médico que la elaboró.
- 15.3.** Nota de egreso de 15 de enero de 2021 a las 22:10 horas, elaborada por AR5, médica adscrita al SU del HGR-01, señalando como tipo de egreso defunción, derivado de insuficiencia respiratoria aguda, sospecha de Coronavirus SARS-CoV-2, reiterando que se trataba de una persona desconocida.
- 15.4.** Nota de egreso de 17 de enero de 2021 a las 3:03 horas, elaborada por AR6, médico adscrito al SU del HGR-01, quien refirió que V contaba con neumonía atípica por sospecha de COVID, por lo que se enviaba al Servicio de Medicina Interna para manejo integral con oxígeno a 10 litros X 1 M.
- 16.** Opinión especializada en materia de medicina de 23 de junio de 2023, emitida por personal de esta Comisión Nacional, quien concluyó como inadecuada la atención brindada a V en el HGR-01.
- 17.** Acta circunstanciada de 6 de julio de 2023, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en donde se hizo constar la comunicación vía telefónica con QVI, en la cual

proporcionó los datos de VI1 y VI2, y manifestó que, si bien tenía conocimiento sobre la determinación de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, así como la radicación del Expediente A ante el Órgano Interno de Control del IMSS, no había sido notificada del desenlace de ambos procedimientos, aclarando que no interpuso denuncia ante la Fiscalía General de la República y tampoco había sido acreedora de algún tipo de reparación del daño, remitiendo vía correo electrónico lo siguiente:

17.1. Copia de “Acta PICC” (sic) del acuerdo emitido por el Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés del IMSS, en donde se determinó que si existió incumplimiento por parte de diversas personas servidoras públicas, entre estas AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, al Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal, a las Reglas de Integridad para el Ejercicio de la Función Pública y/o al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las personas servidoras públicas del IMSS.

18. Oficio 00641/30.102/1167/2023 de 4 de julio de 2023, signado por la Titular del Área de Auditoría Interna, de Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública; de Quejas, Denuncias e Investigaciones en el Órgano Interno de Control en el IMSS en Mexicali, Baja California, a través del cual remitió:

18.1. Copia del acuerdo de calificación de falta administrativa, derivada de la integración del Expediente A, en donde se determinó la presunta existencia de falta administrativa no grave, atribuible a AR7.

19. Oficio 00641/30.15/6743/2023 del 7 de agosto de 2023, signado por el Titular del Área de Responsabilidades en el Órgano Interno de Control en el IMSS en Mexicali, Baja California, a través del cual remitió copia del informe de presunta responsabilidad administrativa atribuible a AR7.

20. Correo electrónico de 6 de septiembre de 2023, en el que PSP5, personal de enlace del IMSS, remitió a este Organismo Nacional copia del oficio DIR/020501200200/6137/2023, suscrito por la Subdirección del HGR-01, dentro de cual se brinda información sobre la situación laboral de AR1, AR2, AR5 y AR7, quienes siguen adscritos a ese nosocomio y, aclaró que AR3 cuenta con un término de sustitución “AP” (sic) desde el día 1 de julio de 2023 y no se ha presentado por el momento a laborar en esa unidad hospitalaria.

21. Correo electrónico de 8 de septiembre de 2023, en el que PSP5, personal de enlace del IMSS, informó que AR3 causó baja de ese Instituto el 1 de julio de 2023 por término de sustitución, AR4 se encuentra actualmente adscrita a la Unidad Médica Familiar No. 34 y, finalmente AR6, adscrito a la Unidad Médica Familiar No. 27, ambas en Tijuana, Baja California.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

22. Esta Comisión Nacional tuvo conocimiento que el caso de V se sometió a consideración del Consejo Técnico de la Comisión Bipartita del IMSS, el cual mediante acuerdo de 5 de marzo de 2021, determinó como procedente la Queja Médica 1 desde el punto de vista administrativo, no pronunciándose respecto de la atención médica, señalando que existieron dos registros del paciente, uno como desconocido, indicando que el caso se había hecho del conocimiento del Área de Investigaciones Laborales en el IMSS para que determinara lo conducente en cuanto a la sanción del personal.

22.1. A través de oficio de 18 de marzo de 2021, signado por las personas representantes de la Subcomisión Mixta Disciplinaria del Departamento de Relaciones Laborales del Órgano Operación Administrativa Desconcentrada Regional Baja California del IMSS, se destacó la devolución del expediente y archivo del asunto como totalmente concluido en el ámbito laboral, destacando

que del análisis del mismo, se infirió que no se cumplió con los cinco días de anticipación a la fecha de prescripción en que se debe de enviar el expediente debidamente integrado, omisión que atribuye a la Jefatura del Departamento Laboral de ese Órgano de Operación, quienes a pesar de que la queja fue presentada el 28 de enero de 2021, la Subcomisión lo recibió hasta el 17 de marzo de ese mismo año.

23. De igual forma, se radicó el Expediente A ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, instancia que remitió un informe de presunta responsabilidad administrativa atribuida a AR7.

24. El Comité de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés del IMSS, emitió un acuerdo en donde se determinó que existió incumplimiento por parte de diversas personas servidoras públicas, entre estas AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, al Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal”, a las “Reglas de Integridad para el Ejercicio de la Función Pública” y/o al “Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las personas servidoras públicas del IMSS”.

25. A la fecha de la emisión de la presente Recomendación, no se cuenta con evidencia de que se hubiese iniciado denuncia ante la Fiscalía General de la República por los hechos que dieron origen a la queja.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

26. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2021/8836/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales y precedentes aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar la

violación al derecho a la protección de la salud en agravio de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, VI1 y VI2 por los actos y omisiones del personal del HGR-01, ya que la atención médica proporcionada a V fue inadecuada al no identificar con plena certeza la gravedad del estado de salud del paciente, aunado a las irregularidades administrativas que resultaron en que se le catalogara como desconocido a V y fuera remitido su cuerpo ante el SEMEFO en Tijuana, Baja California.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

27. El artículo 4 de la CPEUM en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*⁴.

28. El derecho a la protección de la salud está establecido por diversos instrumentos internacionales, como en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el referido derecho al más alto nivel posible de salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, en su Observación General No. 14, Derecho al disfrute más alto nivel posible de salud, determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter negativo o de abstención que impidan la efectividad del derecho a la salud, sino que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud⁵.

29. El numeral primero de la Observación General 14 del Comité de Derechos

⁴ Artículo 1o. Bis. Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación 7 de febrero de 1984.

⁵ “(...) el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Parte: la obligación de respetar, proteger y cumplir (...) La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud”. ONU, Observación General No. 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, del 11 de agosto de 2000, párr. 33.

Económicos, Sociales y Culturales, señala 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. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos...”⁶

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

31. Este Organismo Nacional ha señalado en la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 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 acceso a la información), aceptabilidad y calidad”*.⁷

32. De las evidencias se advirtió que V contaba únicamente con tabaquismo como factor de riesgo para contraer infecciones respiratorias, ingresando al Servicio de Urgencias de ese nosocomio en ambulancia el 15 de enero de 2021, acompañado de su hija, por

⁶ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14.”

⁷ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 21.

sospecha de enfermedad por COVID-19.

33. De las constancias enviadas por el IMSS en relación al caso, se observó que la información sobre la atención médica otorgada a V es mínima e incongruente, toda vez que el reporte escrito de atención médica prehospitolaria, no forma parte de las documentales agregadas, siendo esta una responsabilidad de quien lo hubiere atendido en la ambulancia, omitiendo reportar el motivo del traslado, los hallazgos clínicos, el estado psicofísico del paciente y el diagnóstico presuncional, así como las necesidades inmediatas que requería al ingresar al nosocomio, omisiones por las cuales no es posible determinar las condiciones en las que ingresó V al SU del HGR-01.

34. Con base en la evaluación inicial de Triage, V arribó al HGR-01 a las 20:15 horas del 15 de enero de 2021, siendo valorado a las 20:28 horas por personal médico de quienes se desconoce su nombre, al no obrar registro de este, en donde se señaló que el motivo por el cual se solicitó atención fue porque cursaba con enfermedad por COVID-19, omitiendo evaluar rápidamente la vía aérea, ventilación, circulación y sus signos vitales, parámetros que son fundamentales para asignar prioridad en la atención médica, lo que resultó en que el personal médico, sin bases, estadificara el estado de salud de V en el numeral IV y color verde, que corresponde a aquellos pacientes que se encuentran en condiciones prioritarias de atención, pero su estado de salud no pone en peligro la vida, razón por la que no existe un tiempo límite para su atención.

35. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional se refirió que, desde el punto de vista médico legal, el personal médico a cargo de la valoración inicial de Triage del paciente, omitió realizar una evaluación médica oportuna, completa y adecuada desde que V llegó al servicio de urgencias, incumpliendo con la GOAP COVID-19.

36. En el registro inicial de urgencias, debido a que V se estadificó en verde, aproximadamente 3 horas después a su llegada, es decir a las 23:00 horas del 15 de enero de 2021, AR3 registró que V *“no responde al llamado”* lo que motivó a que se

integrara el diagnóstico de fuga disociativa con buen pronóstico para la vida.

37. Del análisis de las evidencias del expediente, se observó que el registro antes enunciado resulta incongruente al ser completamente distinto a lo informado por AR1 y AR2, Director y Jefe del SU del HGR-01, quienes manifestaron que V llegó en estado crítico, razón por la que pasó de manera inmediata al cuarto de choque en donde le otorgaron atención durante 45 minutos sin respuesta, perdiendo la vida a las 22:10 horas, por lo que de conformidad con la Opinión Médica emitida por esta CNDH, desde el punto de vista médico legal, no hay evidencia de que V recibiera una atención oportuna y adecuada, acorde a su gravedad.

38. AR2, contrariamente a lo que se señaló en la nota médica de Triage e inicial del SU del HGR-01, informó que V ingresó al Área de Urgencias traído por sus familiares aproximadamente a las 20:15 horas de 15 de enero de 2021.

39. Indicó que V presentaba un cuadro clínico de insuficiencia respiratoria aguda grave secundaria a neumonía por sospecha de COVID 19 en estado crítico e inestable, narrando que V se encontraba en malas condiciones generales, mala hidratación de mucosas, palidez de tegumentos⁸, en apnea⁹, muy grave, por lo que a pesar de haberle brindado atención durante 45 minutos en el Área de Choque, culminó con ausencia de ruidos cardiacos sin presentar signos vitales, por lo que se realizó nota médica de defunción documentando un horario de las 22:10 horas, sin embargo, el registro de patología en el etiquetado, estableció la defunción a las 21:15 horas.

40. En ese mismo sentido, AR1 informó que V había sido traído por ambulancia en estado grave al área asignada para pacientes COVID, en primer piso, en donde V presuntamente recibió atención prioritaria dada su gravedad, llegando a realizar maniobras avanzadas de resucitación cardiopulmonar sin lograr reanimarlo, declarando su muerte a las 21:15

⁸ Sistema que constituye la envoltura protectora externa del cuerpo humano.

⁹ Afección frecuente en la que la respiración se detiene y reinicia muchas veces durante el sueño. Eso puede impedir que el cuerpo reciba suficiente oxígeno.

horas, aclarando que dado el cambio de turno de personal, V fue registrado por segunda ocasión como desconocido, siendo trasladado al mortuario y al día siguiente a SEMEFO.

41. De las evidencias enviadas por el IMSS, así como de las determinaciones de personal especializado de este Organismo Nacional, se observó que no existe constancia médica que acredite lo que informaron AR1 y AR2 primero porque ambos señalaron que por la gravedad secundaria a neumonía por sospecha de COVID 19, V ingresó de manera inmediata, en estado crítico e inestable, al cuarto de choque, esto sin registro, lo cual es contrario a la evaluación inicial de Triage, en donde se describió como neurológicamente integro sin dicho estado de gravedad, estadificado en color verde a V.

42. Considerando los multicitados informes médicos, no hay evidencia de que el personal médico del Área de Clasificación en el SU del HGR-01 a cargo de la atención de V, activara la alerta roja y avisara a personal de admisión y/o trabajo social para el control de pertenencias de valor, ropa y registro del paciente, incumpliendo con la GRPTH Urgencias, omisiones por las cuales no es posible corroborar que V recibiera atención oportuna y eficiente, acorde a su estado de gravedad, mismas que son contrarias al Reglamento de la LGS y fue también el motivo por el cual se registró por segunda vez a V, pero como desconocido, como se mencionó en los informes de AR1 y AR2.

43. Por otra parte y en total contradicción a lo informado por el personal médico administrativo, en la nota médica de egreso de V, de 17 de enero de 2021 a las 03:03 horas, AR6, médico adscrito al SU del HGR-01, hizo constar que encontró a V con aumento en el número de respiraciones por minuto y el resto de sus signos vitales dentro de parámetros normales, por lo que indicó su egreso de ese servicio con el diagnóstico de sospecha de coronavirus, agregando que V cursaba con neumonía atípica por sospecha de COVID-19, ordenando su pase a piso del Servicio de Medicina Interna para manejo integral con oxígeno a 10 litros por minuto.

44. De lo anterior, es posible observar los dichos contradictorios entre los informes

médico-administrativos y las constancias médicas que se encuentran en el expediente clínico de V, porque, para ese entonces, el paciente ya no se encontraba con vida, por lo tanto, son hechos que no son viables que hubieran ocurrido así.

45. Como se ha indicado previamente, V fue doblemente registrado, siendo el caso que sobre la atención médica que le otorgaron como *“paciente desconocido”*, de acuerdo a la nota médica de urgencias, llegó al SU del HGR-01 a las 22:00 horas del 15 de enero de 2021, es decir una hora con cincuenta minutos después de que fuera registrado por primera vez en ese nosocomio; el personal médico que lo recibió y valoró en el Área de Triage, de quien se desconoce su nombre al no haberlo registrado, describió que el paciente se encontró mal neurológicamente, que arribó en ambulancia, sin datos personales, familiares y sin vida.

46. A las 22:20 horas de ese mismo día, AR5, médica adscrita al SU del HGR-01, reportó que *“el paciente desconocido”* ingresó del Servicio de Triage respiratorio al Área de Choque, llevado por paramédicos, sin familiares, ni identificación del paciente, clínicamente hidratado, pálido, sin respiración espontánea, ausencia de ruidos cardiacos y sin percepción de signos vitales a su ingreso a Urgencias, con *“muerte al arribo”*, declarando como hora de muerte las 22:10 horas, sin existir evidencia de lo señalado por AR1 y AR2, sobre la presunta atención a través de maniobras de reanimación a V durante 45 minutos a su llegada.

47. Además, AR5 realizó nota médica de egreso del 15 de enero de 2021 a las 22:10 horas, en la que reportó que V ingresó del Servicio de Triage respiratorio al Área de Choque, determinando la pérdida de la vida a las 22:10 horas, ello a consecuencia de insuficiencia respiratoria aguda por sospecha de SARS-COV-2, sin evidencia de que se le otorgaran las maniobras de reanimación enunciadas previamente, ello sin tomar en consideración que el acta de defunción elaborada por el fallecimiento de V, señala que perdió la vida el 16 de enero de 2021 a las 11:10 horas, a causa de neumonía aguda de etiología indeterminada y fue cremado, registro que no se relaciona con la fecha y hora

de defunción que se le otorgó al paciente que fue llamado desconocido.

48. Por lo anterior, personal especializado de este Organismo Nacional determinó que desde el punto de vista médico legal el personal médico encargado de la valoración clínica inicial de V el 15 de enero de 2021, en el Área de Triage urgencias del HGR-01, omitió realizar una evaluación eficaz, oportuna y adecuada, lo que permitió la falta de identificación de la gravedad, no existiendo evidencia sobre la presunta prioridad de su atención en el Área de choque.

49. De igual forma, la Opinión Médica elaborada por esta CNDH, señaló que si bien el personal médico directivo del nosocomio involucrado en los hechos, informó que V ameritó maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar en el Área de choque y que, por error, se registró por segunda vez como desconocido, no existen evidencias dentro de las constancias enviadas por ese Instituto de que el paciente, con ninguno de los dos registros, hubiera recibido dichas maniobras y, de haber sido verídica dicha versión, el personal médico que lo atendió omitió realizar la nota médica inicial de urgencias, incumplimiento con lo previsto por los artículos 7 y 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, mismos que en su conjunto refieren que el personal médico, de enfermería, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás que intervenga en el manejo del paciente, deberán dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional sobre los servicios y atenciones proporcionadas, omisión que sí se relaciona con la falta de registro, atención oportuna y eficiente.

50. Por lo expuesto, el personal médico antes indicado, incumplieron con lo dispuesto en los artículos 32 y 33 de la LGS, que establecen que la atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan a una persona con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, a través de actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas; 9 y 48 del Reglamento de la LGS, que indican que las personas usuarias tienen derecho a recibir prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir

atención profesional y éticamente responsable, de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica; y 7 del citado Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS que refiere que los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de las personas pacientes que atienden durante su jornada de labores, ello en relación con lo establecido en la GRPTH Urgencias, así como por la GCPAC COVID-19, omisiones que obstaculizaron la identificación de la gravedad del estado de salud de V, sin existir evidencia de que se priorizara su atención en el Área de Choque, como lo refirieron AR1 y AR2 vulnerando con ello el derecho de V a la protección de la salud.

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

51. El artículo 6, párrafo segundo, de la CPEUM establece el derecho de las personas al libre acceso a la información y determina que el Estado es el encargado de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”¹⁰ .

52. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017¹¹, esta Comisión Nacional 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.

53. En tanto en el “*Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”, la CrIDH indicó que un

¹⁰ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), número iv).

¹¹ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017

“expediente médico, adecuadamente integrado, [es un] instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”¹²

54. La NOM-Del Expediente Clínico establece que éste: (...) 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 y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar (...) las (...) intervenciones del personal del área de salud, el estado de salud del paciente; (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.¹³

55. Este Organismo Nacional en el párrafo 34 de la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias 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 y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad

¹² CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 68.

¹³ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, Introducción, párrafo 3

sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre su estado de salud.

56. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades que este Organismo Nacional encontró con motivo de la queja presentada en agravio de V.

B.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE V

57. El personal médico de esta CNDH destacó omisiones a los lineamientos de la NOM-Del Expediente Clínico, así como al Reglamento de la LGS a saber:

57.1. Desde el primer registro de ingreso del paciente, siendo esta la nota de Triage elaborada el 15 de enero de 2021 a las 20:27 horas, se omitió señalar el personal médico responsable de la valoración de V, resultando de ello la clasificación de gravedad del paciente como “IV verde”, es decir que aunque se encontraba en condiciones prioritarias de atención, su estado no ponía en riesgo su vida, lo que obstaculizó la práctica de una valoración médica oportuna, completa y adecuada desde que llegó al Servicio de Urgencias.

57.2. Como se desarrolló ampliamente en capítulos anteriores, personal médico administrativo del HGR-01 rindió informes que son contrarios a las notas médicas que fueron remitidas a esta CNDH como parte del expediente clínico de V, señalando acciones y atenciones que no quedaron registradas, aunado a que nunca se describió de manera puntual los signos vitales de V, el interrogatorio, la exploración física, resultados de estudios auxiliares practicados, diagnóstico, tratamiento y pronósticos integrados.

57.3. De igual forma, el haber realizado un doble registro del paciente, sin tomar en consideración las condiciones reales de su llegada, es decir, acompañado por familiares, permitió que se catalogara a V como desconocido, a pesar de que según la nota de trabajo social médico elaborado por AR4, se tenían los datos de contacto no solo de QVI sino de VI1, familiares directos de V y otro familiar de V.

57.4. A pesar de ello, las omisiones administrativas del debido registro y la incorrecta integración del expediente clínico que, de conformidad al informe del personal médico administrativo se debió a una serie de eventos desafortunados, tuvieron como desenlace que QVI, no recibiera información completa y adecuada sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de V.

57.5. Del dicho de QVI, se desprende que no fue sino hasta el 18 de enero de 2021, ante su insistencia y la de sus familiares que personal de la Subdirección del HGR-01 les informó que tenían registrado a una persona desconocida que coincidía con la descripción y características de V, mismo que había sido trasladado a SEMEFO.

58. Si bien las omisiones antes descritas no incidieron en la evolución de la enfermedad de V, si ponen en duda la veracidad de las atenciones médicas que ese IMSS alegó haber otorgado al paciente y evidencian el incumplimiento del contenido del artículo 29 del Reglamento de la LGS, que refiere que todo personal de la salud estará obligado a proporcionar a la persona usuaria, familiares, tutores o representantes legales, información completa sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento que ameritó en internamiento, constituyendo por lo tanto una falta administrativa, lo cual representa un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos o bien para deslindar responsabilidades, por lo cual se vulneró el derecho de QVI, VI1 y VI2, a que conociera la verdad, por tanto, este Organismo Nacional considera necesario que las instituciones públicas de salud capaciten al personal en el manejo adecuado del expediente clínico al ser responsables solidarias de su cumplimiento, máxime al obrar

constancias como la elaborada por AR6, en donde refirió atenciones presuntamente otorgadas a V en fechas y horas en donde este ya había fallecido.

C. RESPONSABILIDAD

C.1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

59. Previa descripción y desarrollo de los aspectos que permitieron esgrimir responsabilidad de personas servidoras públicas de ese Instituto, es necesario destacar las atenciones brindadas a V, e informadas por las autoridades médicas del HGR-01, en los tres escenarios descritos en el capítulo de observaciones y análisis de pruebas, es decir, como paciente identificado, como persona desconocida y del informe rendido por AR1 y AR2:

Atenciones brindadas a V, como persona identificada.	Atenciones otorgadas a V, como desconocido.	Informe de AR1 y AR2, sobre atenciones brindadas a V.
<p>V arribó al HGR-01 el 15 de enero de 2021 a las 20:15 horas, doce minutos después, personal médico de quien no obra su nombre al haberlo omitido en la nota médica, realizó su valoración inicial, momento en el que, sin bases se estadificó el estado de salud de V en el numeral IV y color verde, es decir, pacientes que se encuentran en condiciones prioritarias de atención, pero su estado de salud no pone en peligro la vida.</p> <p>Para las 23:00 horas, AR3 registró en nota médica que V “no responde al llamado”, motivo por el cual integró diagnóstico: “fuga disociativa” con buen pronóstico para</p>	<p>El 15 de enero de 2021, V llegó a las 22:00 horas, al Servicio de Urgencias del HGR-01, momento en el que personal médico adscrito a ese Servicio, del cual se desconoce su nombre al haberse omitido su registro, describió que se encontró a V mal neurológicamente, que el motivo de atención fue enfermedad por COVID y arribó en ambulancia sin datos personales, familiares y sin vida.</p> <p>Veinte minutos después, AR5 reportó que “el paciente desconocido” ingresó al Servicio de Triage respiratorio, al Área de Choque, llevado por paramédicos, sin familiares, ni</p>	<p>AR1 señaló que V, fue traído por ambulancia en estado grave al área designada para atención de pacientes COVID, con registro a las 20:31 horas; cuando ingresó V y dado su gravedad, personal médico realizó maniobras avanzadas de resucitación cardiopulmonar sin lograr reanimarlo, declarando su muerte a las 21:15 horas.</p> <p>AR2 narró que V ingresó al Área de Urgencias COVID traído por sus familiares, registrado aproximadamente a las 20:15 horas del 15 de enero de 2021, presentando cuadro clínico de insuficiencia respiratoria aguda grave secundaria a neumonía por sospecha de COVID 19 en</p>

<p>vida.</p> <p>AR6 señaló en su nota médica de egreso elaborada el 17 de enero de 2021 a las 03:03 horas, que V presentaba aumento en el número de respiraciones por minuto y el resto de sus signos vitales dentro de parámetros normales, agregando que cursaba neumonía atípica por sospecha de COVID 19 y pasaría al piso de medicina interna para manejo integral con oxígeno a 10 litros por minuto.</p>	<p>identificación del paciente, clínicamente mal hidratado, pálido, sin respiración espontánea, ausencia de ruidos cardiacos y sin percepción de signos vitales a su ingreso a Urgencias, con “muerte al arribo” declarando hora de muerte las 22:10 horas.</p>	<p>estado crítico e inestable, se pasó a V de inmediato a cuarto de choque en donde permaneció por un periodo aproximado de 45 minutos, culminando las atenciones con ausencia de ruidos cardiacos, sin presentar signos vitales, se documentó la defunción a las 22:10 horas, sin embargo el registro de patología en el etiquetado se registró como hora de fallecimiento a las 21:15 horas, de 15 de enero de 2021.</p>
---	---	--

60. Por lo anteriormente expuesto, se acredita responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 quienes, de manera conjunta, no observaron los principios que rigen el servicio público contenidos en el artículo 7 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, lo cual fue evidenciado con la mínima e incongruente información que remitió personal de ese Instituto, relacionada con la atención otorgada a V en el HGR-01.

61. Por lo expuesto, de las constancias enviadas por el IMSS, personal especializado de esta CNDH determinó que el personal médico encargado de la valoración clínica inicial de V el 15 de enero de 2021, en el Área de Triage del HGR-01, es decir AR3, omitió realizar una evaluación eficaz, oportuna y adecuada, incumpliendo con lo establecido en la GRPTH Urgencias, así como por la GCPAC COVID-19, omisiones que obstaculizaron la identificación de la gravedad del estado de salud de V, sin existir evidencia de que se priorizara su atención en el Área de choque, como lo refirieron AR1 y AR2.

62. A su vez, AR3 registró en su nota médica que V no respondió a su llamado, por lo que integró a su diagnóstico “fuga disociativa” con buen pronóstico para la vida, contexto que de ninguna forma se actualiza con lo informado por AR1 y AR2 sobre el estado de salud y las atenciones que le otorgaron a V.

63. Del análisis de los informes rendidos por AR1 y AR2, estos no solo no coinciden con las notas y registros médicos enviados por ese Instituto, sino que también presentan discrepancias el uno con el otro, como lo es la forma en que llegó V al HGR-01, así como la hora del registro inicial.

64. Por otro lado, la ausencia de evidencia sobre el ingreso en estado crítico de V que ameritó maniobras avanzadas de resucitación cardiopulmonar, no solo pone en duda que el paciente recibiera atención oportuna y eficiente, sino que incumple con el Reglamento de la LGS; la omisión de los registros adecuados fue también el motivo por el cual se registró a V por segunda vez, pero como desconocido.

65. No pasó inadvertida la nota médica de egreso elaborada por AR6 el 17 de enero de 2021, en donde agregó que encontró a V con aumento en el número de respiraciones por minuto y el resto de sus signos vitales dentro de los parámetros normales, determinando su egreso del SU del HGR-01, lo cual es totalmente contradictorio a los referidos informes de las autoridades médicas que señalaron como fecha de defunción el 15 de ese mismo mes y año.

66. No pasó inadvertido lo calificado por personal médico administrativo como una “*serie de eventos desafortunados*” que tuvieron como desenlace que V contara con un doble registro, escenario que, de conformidad a la determinación del Expediente A, se atribuye a AR7, asistente médica de quien no obra registro en las evidencias enviadas a esta CNDH, resolviendo el Órgano Interno de Control en el IMSS que la citada asistente médica, no ajustó su acción con la función prevista en el punto 19 del Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencia.

67. Sumado a ello que el haber realizado un doble registro del paciente, sin tomar en consideración las condiciones reales de su llegada, es decir, acompañado por familiares, lo que permitió que se catalogara a V como desconocido, a pesar de que según la nota de trabajo social médico elaborado por AR4, se tenían los datos de contacto no solo de

QVI sino de VI1 y hermano de V, los cuales no fueron comunicados en tiempo y forma para localizar este doble registro y poderle brindar tanto a V como a sus familiares, una atención e información adecuada, veraz y oportuna.

68. Este Organismo Nacional acreditó que las omisiones atribuidas al personal médico de referencia constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplieron con su deber de actuar con disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia como personas servidoras públicas en términos de lo dispuesto por los artículos 7, fracciones I, VI, VII y VIII y 49, fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, en relación con el numeral 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público; pues aún, cuando la labor médica no garantiza la curación de la persona enferma, 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 ese sentido, fue posible acreditar que AR1, en su carácter de Director inobservó el contenido del artículo 19 de la fracción I del Reglamento de la LGS, mismo que señala que la persona responsable del establecimiento en el que se presenten servicios de atención médica deberán establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios.

70. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, y 102, apartado B, párrafo segundo de la CPEUM; 6º, fracción III; 72, párrafo segundo; 73, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 63 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus

atribuciones, presente denuncia administrativa ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, derivado de las observaciones realizadas en la presente Recomendación, conforme a la Opinión Médica elaborada por personal de esta Comisión Nacional, y de este modo, se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, así como lo relativo a la integración del expediente clínico, que no han sido materia de análisis dentro del ya determinado Expediente A.

C.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

71. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la CPEUM, *“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.”*

72. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se consideran 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 del Sistema Universal de las Naciones Unidas.

73. Cuando las autoridades incumplen 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 corresponda de manera específica a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

74. Esta Comisión Nacional advierte responsabilidad institucional a cargo de las autoridades médicas del HGR-01 ya que, como se señaló en la Opinión Médica emitida por personal de este Organismo Nacional, se encuentran omisiones por parte del personal médico del HGR-01 en Tijuana, Baja California, pertenecientes al IMSS, con respecto a los lineamientos de la NOM-Del Expediente Clínico, como está ampliamente descrito en el cuerpo de la presente Recomendación, así como también del mismo Reglamento de la LGS y el diverso Reglamento de Prestaciones Médicas.

75. Lo anterior constituye, en sí misma, una violación al derecho a la protección de la salud de las y los pacientes, toda vez que representa un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos e historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también, como ya se indicó, el derecho que tienen las víctimas a conocer la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en las instituciones públicas de salud, máxime al existir total incertidumbre en alcance al doble registro de V.

D. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

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 es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la CPEUM; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 64 y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos

humanos atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

77. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI; 26, 27, fracciones II, III, IV y V; 62, fracción I; 64, fracción II; 65 inciso c), 73, fracción V; 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 concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, por inadecuada atención médica y acceso a la información en materia de salud en agravio de V, este Organismo Nacional les reconoce a V, QVI, VI1 y VI2, su calidad de víctima, por los hechos que originaron la presente recomendación; en esa virtud, el acceso a los recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral debe hacerse conforme a las disposiciones previstas en dicha normatividad; por lo que, se deberá inscribir en razón del fallecimiento de V, a QVI, VI1 y VI2 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tenga acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas.

78. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*, así como diversos criterios de la CrIDH que consideran en su conjunto que, para garantizar

a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

a) Medidas de rehabilitación

79. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27 fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas y 21 de los Principios y Directrices (instrumento antes referido); la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

80. En el presente caso, en coordinación con la CEAV y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar a QVI, VI1 y VI2 atención psicológica y/o tanatológica que en su caso requieran.

81. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, VI1 y VI2, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado, la cual se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua hasta que alcance el máximo beneficio. Lo anterior para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de compensación

82. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III, y 64 al 72, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(...) tanto los*

sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”¹⁴.

83. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como: el daño moral, el lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

84. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar con la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1 y VI2, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva de la presente Recomendación, acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de esa Comisión Ejecutiva, y una vez que se emita el dictamen correspondiente, conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumentos recomendatorio, de manera específica, por la mala práctica que derivó en la inadecuada atención médica y el fallecimiento de V, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, VI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias respectivas, ello para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

¹⁴ Caso Bulacio vs Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.

c) Medidas de satisfacción

85. 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 el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

86. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente ante el Órgano Interno de Control de ese Instituto, a fin de que se inicie el procedimiento administrativo que corresponda en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, por los hechos narrados en la presente Recomendación, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

87. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

d) Medidas de no repetición

88. Estas medidas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención; para lo cual, el Estado deberá adoptar todas las medidas legales y administrativas, y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 27 fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas.

89. En este sentido, es necesario que las autoridades del IMSS implementen e impartan

en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la GOAP COVID-19, GCPAC COVID-19, GRPTH Urgencias, NOM-Del Expediente Clínico, LGS, Reglamento de la LGS y Reglamento de Prestaciones Médicas, dirigido al personal del HGR-01, de manera específica en el Servicio de Urgencias y en particular a AR1, AR2, AR4, AR5, AR6 y AR7, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano.

90. El curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos e incluir un programa, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o constancias de participación. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

91. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal del HGR-01, específicamente al Servicio de Urgencias, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, en los temas de derechos humanos sobre la protección de la salud y al acceso a la información en materia de salud; así como, la debida observancia y contenido de la Norma Oficial Mexicana y las Guías de Práctica Clínica, citadas en esta Recomendación, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer la atención médica, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del quinto punto recomendatorio, entre ellas el acuse de recepción y la descripción de cómo se difundió.

92. En razón de 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, actúen con el fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y por 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.

93. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, formula respetuosamente a usted, señor director general del IMSS, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QVI, VI1 y VI2, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, la cual deberá estar acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV respectivos, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumentos recomendatorio, de manera específica, por la mala práctica que derivó en la inadecuada atención médica y el fallecimiento de V, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, VI1 y VI2, 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. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se otorgue a QVI, VI1 y VI2 la atención psicológica y tanatológica, en caso de así requerirla, la cual deberá brindarse, en su caso, por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a su edad y necesidades específicas; esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma

inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos; una vez lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colaboré ampliamente en el seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, todas del HGR-01, ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

CUARTA. Se diseñe e imparta en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la GOAP COVID-19, GCPAC COVID-19, GRPTH Urgencias, NOM-Del Expediente Clínico, LGS, Reglamento de la LGS y Reglamento de Prestaciones Médicas, dirigido al personal del HGR-01, de manera específica en el Servicio de Urgencias y en particular a AR1, AR2, AR4, AR5, AR6 y AR7, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado mexicano. El curso deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos, que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Hecho lo anterior, se

envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal del HGR-01, específicamente al Servicio de Urgencias, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, en los temas de derechos humanos sobre la protección de la salud y al acceso a la información en materia de salud; así como, la debida observancia y contenido de la Norma Oficial Mexicana y las Guías de Práctica Clínica, citadas en esta Recomendación, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer la atención médica, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción y la descripción de cómo se difundió.

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

94. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por servidores públicos 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.

95. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación.

96. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo de quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

97. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades, éstos deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

BVH