

RECOMENDACIÓN NO. 137 /2024

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO EN AGRAVIO DE V PERSONA ADULTA MAYOR; ASÍ COMO, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V, QVI, VI1, VI2, VI3 Y VI4, POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 17 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CANCÚN, QUINTANA ROO.

Ciudad de México, a 31 de mayo de 2024.

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 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, 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/2023/16707/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en el Hospital General Regional Número 17 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cancún, Quintana Roo.

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 para distintas personas involucradas en los hechos y expedientes son las siguientes:

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

4. En la presente Recomendación, se hace la referencia a distintas instituciones, ordenamientos jurídicos y Normas Oficiales Mexicanas; así como, organismos internacionales de derechos humanos, por lo que se harán con las siglas acrónimos y abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán identificarse como sigue:

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH, Organismo Nacional o Comisión Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo	CDHEQROO
Hospital General Regional Número 17 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cancún, Quintana Roo	HGR No. 17
Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Chetumal, Quintana Roo	HGZ No. 1
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS	Comisión Bipartita
Órgano Interno de Control Específico en el IMSS	OIC
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Ley General de Salud	LGS

NORMATIVIDAD	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ ACRÓNIMO/ ABREVIATURA
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	RLGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	RPM-IMSS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud	NOM-027-SSA3-2013
Guía de Práctica Clínica IMSS-357-21 Diagnóstico y Tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST	GPC-IMSS-357-21
Literatura Médica Especializada	LME

I. HECHOS

5. La CDHEQROO remitió a esta Comisión Nacional, mediante oficio de 10 de octubre de 2023, el expediente correspondiente a la queja de QVI, en la cual manifestó que V, recibió una atención médica inadecuada por personas servidoras públicas del HGR No. 17, toda vez que no se le valoró por una persona servidora pública especialista en cardiología, ni le fue realizado el cateterismo¹ que necesitaba debido a los infartos que padeció los cuales originaron su deceso, motivo por el cual QVI solicitó la intervención de esta Comisión Nacional a efecto de que se investigaran los hechos antes descritos.

¹ Procedimiento que se utiliza para diagnosticar y tratar algunas afecciones del corazón.

6. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/PRESI/2023/16707/Q**, y a fin de documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó diversa información al IMSS dando atención a este asunto, cuya valoración lógica-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

7. Oficio CDHEQROO/VG1/OPB/1727/2023, de 10 de octubre de 2023, a través del cual la CDHEQROO remitió a este Organismo Nacional, entre otros documentos, la queja de QVI en contra de personas servidoras públicas del HGR No. 17, por la inadecuada atención médica proporcionada a V.

8. Acta Circunstanciada de 12 de octubre de 2023, en la que personal de esta Comisión Nacional, hizo constar la comunicación telefónica sostenida con QVI, en la que solicitó la intervención de este Organismo Nacional por el fallecimiento de V, toda vez que consideró que existió una inadecuada atención médica por personas servidoras públicas del HGR No. 17.

9. Correo electrónico de 10 de noviembre de 2023, a las 14:47 horas, enviado por PSP4 del Área de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que adjuntó copia del expediente clínico de V, con motivo de la atención médica que se le brindó en el HGR No. 17, del que destacó lo siguiente:

9.1 Informe médico suscrito por la PSP5, a través del cual informó la atención médica otorgada a V en el HGR No. 17, del 14 al 16 de julio de 2023.

9.2 Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias de 14 de junio de 2023, a las 01:58 horas, elaborada por PSP1 personal médico de base adscrito al Servicio de Urgencias en el HGZ No. 1.

9.3 Hoja de Referencia- Contrareferencia Urgente de 14 de julio de 2023, elaborada por PSP1.

9.4 Hoja de Indicaciones Médicas del Servicio de Urgencias del HGZ No. 1, de 14 de julio de 2023, a las 07:20 horas, elaborada por PSP2 médico de base adscrita al Servicio de Cardiología del HGZ No. 1.

9.5 Triage nota médica inicial del Servicio de Urgencias de 14 de julio de 2023, a las 15:24 horas, elaborada por AR1 médico de base adscrita al Servicio de Urgencias en el HGR No. 17.

9.6 Nota de Egreso del Servicio de Urgencias del HGR No. 17, a las 05:21 horas del 15 de julio de 2023, suscrita por PSP3, en la cual se indicó el egreso de V para ser ingresado al Servicio de Cardiología e iniciar su control.

9.7 Nota Médica del Servicio de Urgencias elaborada a las 19:26 horas del 15 de julio de 2023 por AR2, médico de base adscrito al Servicio de Urgencias en el HGR No. 17.

9.8 Nota Médica del Servicio de Observación Adultos, elaborada a las 03:58 horas del 16 de julio de 2023, por AR3 médico de base adscrito al Servicio de Urgencias en el HGR No. 17.

9.9 Nota de egreso por defunción de 16 de julio de 2023, elaborada por AR3.

10. Correo electrónico de 10 de abril de 2024, a las 12:20 horas, enviado por PSP4 a través del cual comunicó que en términos del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el IMSS, el presente caso fue sometido a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Consultivo, la cual emitió acuerdo el 29 de diciembre de 2023, en el cual se informó que la QM se resolvió improcedente desde el punto de vista médico.

11. Opinión Especializada en materia de Medicina de 25 de marzo de 2024, realizada por personal de esta Comisión Nacional, quien concluyó que la atención proporcionada a V del 14 al 16 de julio de 2023, en el HGR No. 17 fue inadecuada.

12. Acta Circunstanciada de 26 de abril de 2024, realizada por personal adscrito a esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar la comunicación con el representante legal de QVI a quien se le informó el resultado de la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional y en la cual señaló que el IMSS no le había notificado e informado nada a QVI respecto al asunto de V, e indicó que no había presentado queja ante ninguna instancia del IMSS, ni denuncia penal alguna.

13. Acta Circunstanciada de 26 de abril de 2024, realizada por personal adscrito a esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar la comunicación con PSP6, quien informó que AR1, AR2, y AR3, así como PSP3 y PSP5, continuaban en activo en la base de datos del HGR No. 17.

14. Acta Circunstanciada de 29 de abril de 2024, realizada por personal adscrito a esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar la comunicación con el

representante legal de QVI, ocasión en la cual proporciono los datos de VI1, VI2, VI3 y VI4.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

15. Esta Comisión Nacional, contó con la evidencia que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, el 29 de diciembre de 2023, emitió el acuerdo de resolución de la QM la cual resultó improcedente desde el punto de vista médico, sin que se cuente con evidencia de que dicha determinación fuera recurrida por QVI.

16. A la fecha de la emisión de esta Recomendación, esta Comisión Nacional no contó con evidencia que permitiera acreditar la existencia de una carpeta de investigación ante la autoridad ministerial o procedimiento administrativo diverso al señalado en el párrafo anterior.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

17. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2023/16707/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 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 CrIDH como de la SCJN, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones al derecho humano a la protección de la salud, a la vida por inadecuada atención médica y al trato digno como persona adulta mayor en agravio de V; así como, al acceso a la información en materia de salud en agravio de V, QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, por actos y omisiones

de las personas servidoras públicas del HGR No. 17; lo anterior en razón de las consideraciones que se exponen a continuación.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD

18. Esta Comisión Nacional ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.²

19. Los Principios de París previenen las competencias de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos, dentro de las que contemplan “(...) formular recomendaciones a las autoridades competentes (...)”.

20. El artículo 4° de la CPEUM, en su cuarto párrafo, reconoce el derecho de toda persona 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 afectaciones o enfermedades”.³ Lo anterior también ha sido motivo de pronunciamiento por la SCJN a través de la tesis jurisprudencial sobre el derecho a la salud y su protección.⁴

² CNDH. Recomendaciones: 79/2021, párrafo 20; 6/2021, párrafo 25; 35/2020, párrafo 33, 23/2020, párrafo 36; 80/2019, párrafo 30; 47/2019, párrafo 34; 26/2019, párrafo 36; 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.

³ Ley General de Salud, artículo 1° Bis.

⁴ Tesis: 1a. XIII/2021 (10a.) DERECHO HUMANO A LA SALUD. LA ASISTENCIA MÉDICA Y EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES USUARIOS DE ALGUNA INSTITUCIÓN QUE INTEGRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, DEBEN GARANTIZARSE DE FORMA OPORTUNA, PERMANENTE Y CONSTANTE. Registro 2022890.

21. El comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido al derecho a la protección de la salud “como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”.⁵

22. Los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y b) 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”; así como que los Estados partes “se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad y b. La extensión de los beneficios de los servicios de la salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado”.

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 ha reiterado que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la

⁵ “Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párrafo 9.

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 disponibilidad⁶.

25. Además, 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 país.⁷ 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. Los artículos 1º, 2º, fracciones I, II y V; 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracciones I y II, 77 Bis 9, fracción V de la LGS; 8º, fracciones I y II; 9º y 48 del

⁶ Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, párrafos 23 y 24, Recomendación 38/2016 “Sobre el caso de violencia obstétrica y violaciones a los derechos a la protección de la salud de V1 y V2 y a la vida de V2, en el Hospital General de Zona número 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Uruapan, Michoacán”, párrafo 21.

⁷ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, 219/418.

RLGS; XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en relación con el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y 10.3, 12.1, 12.2, inciso a) y d) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en términos generales prevén el derecho a la protección de la salud.

A.1. VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HGR No. 17.

29. En el presente asunto V al momento de los hechos materia de esta Recomendación era considerado una persona adulta mayor y cursaba con antecedentes médicos de importancia al padecer hipertensión arterial sistémica de un año de diagnóstico en tratamiento médico con amlodipino, cáncer de vejiga de tres años atrás el cual era controlado con quimioterapia y en control anual, sin complicaciones.

30. El 12 de julio de 2023, V inició su padecimiento médico con la presencia de dolor torácico opresivo irradiado a mandíbula, por lo que acudió con médico particular quien le diagnosticó crisis hipertensiva⁸ y prescribió manejo a base de labetalol; posteriormente, el 13 de julio de 2023, acudió con cardiólogo particular quien le diagnosticó infarto anteroseptal⁹ con base en electrocardiograma que le fue realizado, mencionando la necesidad de que V fuera valorado por el Servicio de Hemodinamia; el 14 de julio de 2023, presentó nuevamente dolor torácico de características anginosas¹⁰ automedicándose con isosorbida sublingual sin presentar mejoría por lo que acudió al HGZ No. 1, siendo atendido por PSP1,

⁸ Elevación aguda de la presión arterial que motiva una consulta médica urgente.

⁹ Infarto del miocardio en el que la pared anterior del corazón está involucrada.

¹⁰ Dolor en el pecho que se siente cuando no hay suficiente irrigación sanguínea al músculo cardíaco.

personal médico de base adscrito al Servicio de Urgencias de ese nosocomio, el cual valoró a V y constató que ameritaba manejo coronario con angiografía y valoración de ICP primaria por lo que realizó referencia a hemodinamia, reportándolo muy grave, no exento de complicaciones y envió a V en carácter de urgente a una unidad con mayor capacidad resolutive para que le fuera instaurado el plan terapéutico especializado lo antes posible.

31. El 14 de julio de 2023, a las 15:24 horas, V arribó al HGR No. 17 donde fue valorado por AR1 personal médico de base adscrita al servicio de Urgencias del HGR No. 17, la cual reportó que V ingresó al área de choque toda vez que se trataba de un paciente delicado, catalogado como urgencia en su traslado y refirió que se le iniciaron medidas terapéuticas aunque solamente le dieron continuidad al tratamiento establecido previamente por el cardiólogo particular al realizarle electrocardiograma y solicitar estudios de laboratorio de control, así como la interconsulta al Servicio de Hemodinamia el cual fue el principal motivo de su traslado; sin embargo, AR1 omitió mencionar que la interconsulta era en calidad de urgente debido a la patología de V, así como al tiempo transcurrido desde su inicio, situación que repercutió en su estado de salud ya que era necesario que fuese valorado por un especialista para normar conducta y evitar así complicaciones cardiacas, incumpliendo con lo establecido en la LME para casos de infarto agudo del miocardio, así como en lo establecido en las recomendaciones de la GPC IMSS-357-21.

32. El 15 de julio de 2023, a las 19:26 horas, V fue valorado por AR2 médico de base adscrito al Servicio de Urgencias del HGR No. 17, el cual lo encontró cursando con datos de infarto al miocardio evidenciado por el electrocardiograma, sin descompensación hemodinámica por lo que requería la valoración de un

especialista de forma urgente para normar conducta y realizar cateterismo;¹¹ sin embargo, AR2 continuó con el manejo previamente establecido, lo reportó grave y potencialmente complicable solicitando su ingreso a piso para continuar manejo y vigilancia hemodinámica, por lo que omitió insistir en la interconsulta de V con el especialista en cardiología, la cual fue solicitada desde el 14 de julio de 2023 a su arribo al HGR No. 17.

33. El 16 de julio de 2023, a las 03:58 horas, V fue valorado por AR3, médico de base adscrito al Servicio de Urgencias del HGR No. 17, el cual confirmó que no fue ingresado al Servicio de Cardiología como fue indicado el día anterior, de tal manera que V seguía en espera de valoración por hemodinamia para tratamiento definitivo lo que desde el punto de vista médico legal se indicó que el abordaje médico que se le brindó a V era inadecuado hasta este momento, debido a que habían transcurrido más de 24 horas sin que fuera valorado por el especialista en cardiología, desestimando la urgencia con la que fue enviado y su patología, situación que aumentó la predisposición de V para presentar complicaciones relacionadas con su patología cardiaca.

34. Ese mismo día, 16 de julio de 2023, V presentó de forma súbita crisis convulsiva y se documentó paro cardiorrespiratorio por lo que de forma inmediata se le dio reanimación cardiopulmonar¹² y una vez transcurridos 18 minutos de reanimación no se recuperó retorno a la circulación espontánea; por lo que desde el punto de vista médico legal se tiene que la atención médica que se le brindó a V fue inadecuada debido a que no fue ingresado al Servicio de Cardiología del HGR No. 17 para iniciarle protocolo de abordaje, ni fue valorado por especialista, desestimando el diagnóstico por el cual ingresó, lo que conllevó a la presentación

¹¹ Procedimiento que se usa para diagnosticar y tratar algunas afecciones del corazón.

¹² Conjunto de maniobras temporales y normalizadas destinadas a asegurar la oxigenación de los órganos vitales.

de complicaciones por la falta de un tratamiento especializado lo que favoreció su deceso.

35. En el servicio de Urgencias del HGR No. 17, las personas médicas tratantes AR1, AR2 y AR3, sólo se limitaron a continuar el manejo establecido previamente desde el 13 de julio del 2023, por el cardiólogo particular de V, desestimando la importancia de recibir una terapéutica especializada de forma inmediata, con la finalidad de evitar complicaciones y disminuir la mortalidad; además, los médicos del Servicio de Hemodinamia y/o Cardiología no brindaron la interconsulta que les fue solicitada desde el ingreso de V con calidad de urgente; sin detallarse el motivo por el cual no se llevó a cabo, limitando la posibilidad de V para recibir un tratamiento especializado adecuado, por lo que en general la atención médica que se le brindó no fue adecuada de acuerdo con las recomendaciones de la GPC IMSS-357-21, diagnóstico y tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, lo que provocó el desarrollo de complicaciones cardiacas que conllevaron a su deceso.

36. Desde el punto de vista médico legal se establece que las atenciones médicas brindadas a V, por parte de AR1, AR2, y AR3, del 14 al 16 de julio de 2023, en el Servicio de Urgencias del HGR No. 17 fueron inadecuadas, debido a que V, cursó con infarto agudo al miocardio¹³ y angina post infarto,¹⁴ por lo que requería la valoración de un médico especializado en cardiología/ hemodinamia, Servicio que no realizó la interconsulta la cual era necesaria para establecer un tratamiento especializado y que fue solicitado desde el ingreso de V el 14 de julio de 2023; además desestimaron la Urgencia de la patología por la cual V ingresó al HGR No. 17 y que debía de ser atendida de forma prioritaria debido a que el tiempo en este

¹³ Se produce cuando el acúmulo de placas de colesterol, lípidos y células inflamatorias en las paredes de las arterias del corazón impiden que llegue sangre suficiente al corazón.

¹⁴ Ocurre después del dolor inicial del infarto al miocardio.

tipo de cardiopatías es esencial para disminuir las complicaciones y el riesgo de mortalidad.

B. DERECHO A LA VIDA

37. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la CPEUM 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.

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

39. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y el artículo 29 de la CPEUM, en cuanto que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

40. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana,

mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen.

41. 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 [...]”¹⁵.

42. La Comisión Nacional en la Recomendación 52/2020, párrafo 63, emitida el 29 de octubre del 2020 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 del personal médico para preservar la vida de sus pacientes”.

43. En tal virtud, a partir de las consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V, atribuidas a AR1, AR2 y

¹⁵ SCJN, Tesis Constitucional, “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”, Registro 163169.

AR3, deben ser reproducidas como el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

44. Como se precisó en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, la atención médica que AR1, AR2, y AR3, brindaron a V fue inadecuada, toda vez que las omisiones en las que incurrieron acarrearón como consecuencia que su padecimiento evolucionara sin que se le haya brindado la atención médica especializada, lo que contribuyó con el deterioro gradual de su estado de salud y su posterior fallecimiento, vulnerando con ello su derecho humano a la vida.

C. DERECHO AL TRATO DIGNO POR LA VULNERABILIDAD DE V, COMO PERSONA ADULTA MAYOR

45. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de persona adulta mayor, específicamente el derecho a un trato digno, en razón de su situación de vulnerabilidad por tratarse de una persona adulta mayor al momento de los hechos, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la CPEUM y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte de las personas médicas del HGR No.17.

46. El artículo 1, párrafo quinto, de la CPEUM establece la prohibición de cualquier acto “(...) *que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas*”; a su vez, los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

47. El artículo 3, fracción I, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores señala como personas adultas mayores a quienes tienen 60 años o más, en su fracción IX, indica que la atención integral debe satisfacer “(...) *las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores, con la finalidad de que vivan una vejez plena y sana, considerando sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias*”.

48. Los artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores¹⁶ y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, establecen que constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

¹⁶ Organización de los Estados Americanos. “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”. Adoptada en Washington, D.C., Estados Unidos, el 15 de junio de 2015. Aprobada de forma unánime por el Senado de la República el 13 de diciembre de 2022 y publicada el 10 de enero de 2023 en el Diario Oficial de la Federación. Si bien al momento de los hechos dicha Convención no se encontraba vigente, sí podía ser utilizada de carácter orientador. Adicionalmente, a partir del Decreto Promulgatorio de 20 de abril de 2023, la actuación de las autoridades debe ser en observancia a dicho tratado internacional.

49. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México¹⁷, explica con claridad que:

(...) para las personas mayores ejercer plenamente el derecho humano a la protección de la salud implica la realización de diversas acciones afirmativas. Atendiendo a la información expuesta en este estudio, se estima que, aun cuando la cobertura de servicios se percibe elevada en términos cuantitativos, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios. Se trata de un problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.¹⁸

50. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas adultas mayores, se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores¹⁹, en cuyo artículo 4, fracción V, dispone como principio rector la atención preferente, la cual es considerada como *“(...) aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores”*.

51. Entre otros derechos de las personas adultas mayores previstos en el artículo 5, fracciones I, III y IX, del citado ordenamiento legal, se señalan: el derecho de la integridad, la dignidad y preferencia, y los derechos a la salud y de acceso a

¹⁷ Publicado el 19 de febrero de 2019.

¹⁸ CNDH. Párrafo 418, pág. 232.

¹⁹ Publicada en el Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002.

los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta Ley, conforme a su artículo 10, es propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social, a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social.

52. Además, en el artículo 18 del citado ordenamiento normativo indica que corresponde a las instituciones públicas del sector salud, garantizar a las personas mayores el derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica.

53. Por otra parte, es importante señalar que en el párrafo 93 de la Recomendación 8/2020, que emitió este Organismo Nacional, se destacó:

Este derecho de las personas mayores implica, correlativamente, una obligación por parte de las autoridades del Estado, por un lado, garantizarlo y por el otro, protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.

54. El trato preferencial constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas adultas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos²⁰; como en el presente caso en que se vulneró lo referente a la salud de V, quien no recibió la atención médica adecuada acorde a su padecimiento y

²⁰ CNDH, Recomendación 260/2022, emitida el 16 de noviembre de 2022, párrafo 86.

gravedad en el HGR No.17, contribuyendo las acciones y omisiones analizadas al agravamiento de su estado de salud hasta la pérdida de su vida.

55. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad, a aquel “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas.”²¹ A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

56. En el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar”, de conformidad con el Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

57. Por lo expuesto, debido a la pertenencia de V a un grupo de atención prioritaria, por tratarse de una persona adulta mayor, debió de haber sido tratado oportunamente a efecto de que se le diera la atención médica adecuada para su padecimiento, situación que no ocurrió toda vez que AR1, AR2 y AR3, médicos adscritos al Servicio de Urgencias del HGR No. 17, solo se limitaron a continuar el manejo establecido previamente por el cardiólogo particular desde el 13 de julio de 2023, desestimando la importancia de que V recibiera una terapéutica especializada de forma inmediata con la finalidad de evitar complicaciones y

²¹ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, Nueva York, ONU, 2003, párrafo 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, párrafo 24; 23/2020, párrafo 26, y 52/2020, párrafo 9.

disminuir la mortalidad. De igual manera, los médicos del Servicio de Hemodinamia y/o Cardiología no brindaron la interconsulta que le fue solicitada desde su ingreso y con calidad de urgente, limitando la posibilidad de V para que recibiera un tratamiento especializado adecuado.

58. Por las razones antes referidas, el enfoque de atención médica por el IMSS fomenta obstáculos administrativos que impiden el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y carece de un enfoque pro persona²² y de transversalización de la condición de vulnerabilidad que enfrentan las personas adultas mayores, lo que vulnera derechos humanos y trasgrede las normas convencionales, constitucionales y legales de observancia obligatoria en nuestro país²³.

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

59. El artículo 6º, párrafo segundo, de la CPEUM establece que: “Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información” y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho”.

60. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud²⁴.

²² El principio pro persona se refiere a que en caso de que un juez o autoridad tenga que elegir qué norma aplicar a un determinado caso, deberá elegir la que más favorezca a la persona, sin importar si se trata de la Constitución, un tratado internacional o una ley. Bajo esta lógica, el catálogo de derechos humanos ya no se encuentra limitado a lo prescrito en el texto constitucional, sino que también incluye a todos aquellos derechos que figuran en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano. Recuperado de <https://www.gob.mx/segob/articulos/en-que-me-beneficia-el-principio-pro-persona>.

²³ CNDH. Recomendaciones 240/2022, párrafo 90 y 243/2022, párrafo 118.

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

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

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

63. Por otra parte, se debe considerar que la NOM-004-SSA3-2012 advierte que:

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

²⁵ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.
²⁶ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

64. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se les brinda.

65. También se ha establecido en diversas Recomendaciones,²⁷ 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.

66. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada Norma Oficial, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las

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

responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29.

67. A continuación, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico que fueron enviadas a esta Comisión Nacional, con motivo de la queja presentada por QVI.

D.1 Inadecuada Integración del Expediente Clínico

68. En la Opinión Médica emitida por esta CNDH, se denotó inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, por parte de AR1, AR2, y AR3 adscritos al Servicio de Urgencias del HGR No. 17, del 14 al 16 de julio de 2023, toda vez que incumplieron al no existir hojas de indicaciones médicas, así como el resto de los registros clínicos e intervenciones de enfermería.

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

70. Si bien las omisiones del personal médico en dejar constancia de su atención en las notas respectivas no modifica ni influyen de manera directa con el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico de V, si forma parte de la inadecuada e incompleta atención que se le brindó, lo cual constituye una falta administrativa y

representa un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos o bien para deslindar responsabilidades, por lo cual se vulneró el derecho de V, QVI, VI1, VI2 VI3 y VI4 a que conocieran la verdad con relación al tratamiento y atención que se le brindó a V en el HGR No.17. 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.

E. RESPONSABILIDAD

E.1 RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

71. La responsabilidad de AR1 consistió en que omitió mencionar que la interconsulta al Servicio de Hemodinamia era en calidad de urgente debido a la patología de V, así como al tiempo transcurrido desde su inicio, situación que repercutió en su estado de salud ya que era necesario que fuese valorado por especialista para normar conducta y evitar complicaciones cardíacas.

72. En lo que respecta a la responsabilidad de AR2 omitió insistir en la interconsulta con el especialista en Cardiología/Hemodinamia, la cual fue solicitada desde el 14 de julio de 2023, cuando V arribó al HGR No.17, ya que era urgente la interconsulta para disminuir el riesgo de complicaciones y mortalidad.

73. Por su parte, AR3 omitió insistir para que V fuera valorado por el especialista en cardiología, toda vez que habían transcurrido más de 24 horas sin que se le valorara, desestimando con ello la urgencia con la que V fue enviado, así como la patología que portaba situación que aumentó la predisposición de V para presentar complicaciones relacionadas con su patología cardíaca.

74. De acuerdo con la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional se concluyó que la atención que le proporcionaron a V, del 14 al 16 de julio de 2023, por AR1, AR2, y AR3, todos adscritos al Servicio de Urgencias del HGR No. 17, fue inadecuada, toda vez que incumplieron con lo establecido en la LGS y en la GPC-IMSS-357-21, Del Diagnóstico y Tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio con Elevación de Segmento ST; además de que existió inobservancia a la NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico.

75. 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, el diagnóstico, tratamiento oportuno y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

76. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo y 73 párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en este caso con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente vista administrativa en el OIC, a fin de que se inicie la investigación correspondiente en contra de AR1, AR2, y AR3, adscritos al HGR No.17, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.

E.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

77. Esta Comisión Nacional advirtió responsabilidad institucional a cargo de las autoridades médicas adscritas al HGR No. 17, ya que, como se señaló en la Opinión Médica emitida por personal de este Organismo Nacional, se encuentran

omisiones por parte del personal médico, con respecto a los lineamientos de la NOM-004-SSA3-2012, como está ampliamente descrito en el cuerpo de la presente Recomendación respecto a la integración del expediente clínico de V.

78. 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 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.

79. La responsabilidad institucional generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, al trato digno como persona adulta mayor y al acceso a la información en materia de salud corresponde al IMSS, toda vez que no se brindó atención médica a V, de manera adecuada y oportuna, acorde con lo previsto en los artículos 48 del RLGS y 7 y 43 del RPM-IMSS.

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

81. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que 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.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

82. 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.

83. 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 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, a la vida y al trato digno como persona adulta mayor en agravio de V; así como, al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI, V, VI1, VI2, VI3 y VI4, este Organismo Nacional les reconoce a V así como QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, su calidad de víctimas, 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 a V, QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4 tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, en razón del fallecimiento de V, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas.

84. 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.

85. En ese tenor de ideas, las medidas de reparación integral deberán realizarse conforme a las siguientes consideraciones:

a) Medidas de Rehabilitación

86. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y sus familiares y poder 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, psicológica y tanatológica, así como servicios jurídicos y sociales”.

87. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción II, y 63 de la Ley General de Víctimas; y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, el IMSS en coordinación con la CEAV, deberá proporcionar a QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4 la atención psicológica y/o tanatológica en caso de que la requieran, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, 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; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a las víctimas para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de éstas, por lo que será su voluntad acceder a dicha atención. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación

88. 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” ²⁸.

89. 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.

90. 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, VI2, VI3 y VI4, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice ante la CEAV de la presente Recomendación, que esté acompañada del respectivo Formato Único de Declaración diseñados por 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 instrumento recomendatorio, proceda a la reparación integral del daño que se le causó a QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4 que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, a fin de que proceda conforme a sus atribuciones; hecho lo anterior, se

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

deberán remitir las constancias con que se acredite el cumplimiento al punto primero recomendatorio.

91. De conformidad con el artículo 97, 98 y 99 de la Ley General de Víctimas, la solicitud de inscripción al Registro Nacional es un trámite que podrá realizarse de manera personal y directa por la víctima, así como a través de su representante legal o las autoridades competentes. No obstante, en aquellos casos en los cuales las víctimas acreditadas en la presente Recomendación no acudan ante la CEAV a solicitar su inscripción, o bien las autoridades competentes para realizar la inscripción no cuenten con los elementos necesarios para tal caso, se les deberá dejar a salvo sus derechos ante dicha CEAV, para cuando ésta así lo requiera, inicie con el proceso respectivo; ello en atención a que los derechos de humanos son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

92. De igual forma, y en el mismo tenor, en el caso de que la víctima de violaciones a derechos humanos se encuentre inscrita en Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y ésta no haya iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúe con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por la víctima, de conformidad con el artículo 144 de la Ley General de Víctimas; para que cuando ésta así lo solicite ante la CEAV se inicie o retome el proceso correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero de la Constitución Federal, así como el numeral 7 de la Ley General de Víctimas, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de la víctima, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

c) Medidas de Satisfacción

93. 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.

94. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS, colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el OIC y se determine lo que conforme a derecho corresponda de acuerdo a la Ley General de Responsabilidades Administrativas, en contra de AR1, AR2, y AR3, para lo cual se deberá tomar en cuenta lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas del presente instrumento recomendatorio; para lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional, las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de información oportunamente; hecho lo anterior, se deberán remitir las constancias con que se acredite el cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

d) Medidas de no Repetición

95. Estas medidas consisten en implementar las acciones que el estado deberá adoptar para que los hechos violatorios de derechos humanos no vuelvan a ocurrir; 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.

96. En este sentido, es necesario que las autoridades del IMSS impartan en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral dirigido al personal médico del Servicio de

Urgencias del HGR No.17, en particular a AR1, AR2, y AR3, que sigan en activo laboralmente, sobre la temática siguiente 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, 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 y del RLGS, concretamente en relación a los Servicios de atención médica, la LGS, el RLGS, el RPM-IMSS, la NOM-004-SSA3-2012, la NOM-027-SSA3-2013, la GPC-IMSS-357-21 y la LME, para ello, se deberá tomar en cuenta los criterios nacionales e internacionales en la materia; además, el curso 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. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

97. 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.

98. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del Servicio de Urgencias del HGR No.17, en la que se incluya a las personas servidoras públicas responsables en el presente pronunciamiento, en particular a AR1, AR2 y AR3, que aún se encuentren laborando para la institución, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión en los temas de derechos humanos a la protección de la salud; a la vida, al trato digno como persona adulta mayor y al acceso a la información en materia de salud; así como, la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas 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, con objeto de garantizar su no repetición, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento del quinto punto recomendatorio, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

99. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas 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.

100. En consecuencia, esta Comisión Nacional se permite formular respetuosamente a usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, 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, VI2, VI3 y VI4 a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice ante la CEAV de la presente Recomendación, que esté acompañada del respectivo Formato Único de

Declaración diseñados por 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 instrumento recomendatorio, proceda a la reparación integral del daño que se les causó a QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4 que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, a fin de que proceda conforme a sus atribuciones; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias respectivas que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Proporcione a QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, la atención psicológica y/o tanatológica en caso de que la requieran, misma que deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; la cual, se prestará atendiendo a sus edades y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcance el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a QVI, VI1, VI2, VI3 y VI4, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore en el seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el OIC y se determine lo que conforme a derecho corresponda de acuerdo a la Ley General de Responsabilidades Administrativas, en contra de AR1, AR2 y AR3, para lo cual se deberá tomar en cuenta lo señalado en el apartado de Observaciones y Análisis de las Pruebas del presente instrumento recomendatorio, 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, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Se imparta en un plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral dirigido al personal médico del Servicio de Urgencias del HGR No.17, en particular a AR1, AR2 y AR3, que sigan en activo laboralmente, sobre la temática siguiente: 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, a la vida y a la regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencia de los establecimientos para la atención médica y del RLGS, concretamente en relación a los servicios de atención médica, la LGS, el RLGS, el RPM-IMSS, la NOM-004-SSA3-2012, la NOM-027-SSA3-2013, la GPC-IMSS-357-21 y la LME, para ello, se deberá tomar en cuenta los criterios nacionales e internacionales en la materia; además, el curso 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 y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. 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 médico del Servicio de Urgencias del HGR No.17, en la que se incluya a las personas servidoras públicas responsables en el presente pronunciamiento, particularmente AR1, AR2 y AR3, que aún se encuentren en activo laboralmente para dicho Instituto, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión en los temas de derechos humanos a la protección de la salud; a la vida, al trato digno

como persona adulta mayor y al acceso a la información en materia de salud; así como, la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas 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, con objeto de garantizar su no repetición, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

SIXTA. 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.

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

102. 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.

103. 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.

104. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, estos 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 de los Derechos Humanos, 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

BVH