



RECOMENDACIÓN No. 175 /2024

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO DE V, PERSONA ADULTA MAYOR, ATRIBUIBLES A PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR.

Ciudad de México, a 17 de julio 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, y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo; 6º, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 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/2024/669/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Baja California Sur.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su

publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11 fracción VI, 16, 113 fracción I y 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 que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

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

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, ordenamientos y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como:

INSTITUCIONES	
DENOMINACIÓN	SIGLAS/ACRÓNIMOS/ ABREVIATURAS
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional/Organismo Nacional/CNDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en La Paz, Baja California Sur	HGZMF No. 1
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Órgano Interno de Control Específico en el IMSS	OIC Específico
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

NORMATIVIDAD	
NOMBRE	ABREVIATURA
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Guía de Práctica Clínica IMSS-191-18 Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST	Guía Síndrome Coronario Agudo
Ley General de Salud	LGS
Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención 2660-003-045	Procedimiento en el Servicio de Urgencias

NORMATIVIDAD	
NOMBRE	ABREVIATURA
Protocolo para atención de infarto agudo de miocardio en urgencias: Código infarto ¹	Código infarto

I. HECHOS

5. El 5 de enero de 2024, QVI presentó queja en esta Comisión Nacional en la cual manifestó que, el 19 de diciembre de 2023, V su papá fue llevado en ambulancia de su domicilio al HGZMF No. 1, porque le dolía intensamente el estómago; además indicó, que V tenía el antecedente de colocación de marcapasos en el referido nosocomio; al ingresar al área de Urgencias indicó que, a V lo dejaron en un sillón, su dolor se agudizó y personal médico le tomó unos datos posterior a ello se retiró sin brindarle atención médica, un momento después V inició con dificultad para respirar, casi una hora después de su ingreso al hospital trataron de estabilizarlo sin poder lograrlo, V vomitó se acostó en una camilla mientras que QVI buscaba a personal del nosocomio, cuando regreso a donde estaba V lo encontró inconsciente, personal médico pasaron a V al área de choque donde falleció.

6. Con motivo de los hechos narrados, se inició el expediente **CNDH/PRESI/2024/669/Q**, y para documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó diversa información al IMSS, entre ella, copia del expediente clínico de la atención médica que le brindaron a V en el HGZMF No. 1, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de esta Recomendación.

¹ Está enfocado a los servicios de Urgencias, complementa la normativa del IMSS, organiza los servicios de Urgencias y Admisión Continua y asigna actividades específicas al personal que participa en la atención del paciente.

II. EVIDENCIAS

7. Queja de 5 de enero de 2021, presentada por QVI ante esta CNDH, en la que describió actos y omisiones presuntamente violatorios de los derechos humanos de V, atribuibles a personas servidoras públicas del HGZMF No. 1.

8. Correo electrónico de 9 de febrero de 2024, enviado por PSP10, analista de la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales, División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, a esta Comisión Nacional, al que adjuntó el oficio 030103200200/D.096/2024, de 6 de febrero de 2024, firmado por PSP7, encargado de la Dirección HGZMF No. 1; así como, el expediente clínico de la atención médica brindada a V en el HGZMF No. 1, del que se destacó:

8.1. Notas médicas y prescripción nota de atención médica de 20 de octubre de 2023, a las 16:03 horas, signada por PSP1, médico del Servicios de Geriatría consulta externa del HGZMF No. 1, en la que asentó como diagnóstico de V, síndrome del seno enfermo².

8.2. Triage y nota médica inicial de Urgencias de las 16:39 y 17:00 horas de 20 de octubre de 2023, signadas por PSP2, médica del Servicio de Urgencias del HGZMF No. 1, documento en el asentó que a V, se le practicó un electrocardiograma que demostró “...*bradicardia sinusal*³ de 45 lpm (*latidos del corazón*) ...”, e hipertensión arterial sistémica descontrolada⁴, con registro de 190/67 mmHg.

² Amplio rango de anomalías electrofisiológicas que abarcan desde la falla en la generación del impulso (automatismo), en su transmisión a la aurícula, actividad subsidiaria de marcapaso inadecuada y aumento en la susceptibilidad para las taquiarritmias auriculares o anormales relacionadas la influencia del sistema nervioso autónomo.

³ Es el trastorno más común del nodo sinusal. Normalmente se produce cuando los impulsos eléctricos se reducen (o incluso se paran) y la frecuencia cardíaca se ve afectada, provocando que el corazón palpite menos de 60 veces por minuto.

⁴ O presión alta se presenta cuando los vasos sanguíneos mantienen una presión mayor a 140/90 mm Hg; lo que significa que la fuerza ejercida por la sangre en venas y arterias es elevada, entre más alta sea, más esfuerzo hace el corazón para que la sangre circule adecuadamente y mayor es el riesgo del daño al corazón, cerebro y riñones.

8.3. Monitoreo Holter de 20 de octubre de 2023, el que inició a las 19:50 y terminó a las 21:14 horas del día siguiente, signado por PSP3, médico del Servicio de Cardiología del HGZMF No. 1, quien anotó el diagnóstico de V.

8.4. Notas médicas y prescripción nota de atención médica de 15 de noviembre de 2023, a las 12:51 horas, signada por PSP4, médico del Servicio de Hemodinamia Cardiología del HGZMF No. 1, en la que describió la técnica del procedimiento de “...*implante de Marcapasos Definitivo Medtronic DR...*” que se le practicó a V.

8.5. Nota de egreso de 15 de noviembre de 2023, a las 13:19 horas, signada por PSP5, médico del Servicio de Cardiología del HGZMF No. 1, en la que asentó que V fue egresado a su domicilio, por mejoría, con cita de seguimiento a “*Clínica de Marcapasos Medtronic*” programada para marzo de 2024.

8.6. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervención de enfermería de 19 de diciembre de 2023, en los que se realizaron dos anotaciones en el rubro “*signos y síntomas*” sin poder conocer los datos del personal que los elaboró por encontrarse ilegibles, en los que se indicó que recibió a V en mal estado general, apnea⁵, con apoyo de oxígeno suplementario, coloración palidez y sin respuesta verbal.

8.7. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervención de enfermería de 19 de diciembre de 2023, sin nombre de quien los elaboró por estar ilegible en el que asentó que se recibió a V que se encontraba en silla de observación.

8.8. Triage y nota médica inicial de Urgencias de 19 de diciembre de 2023, a las 12:24 y 12:29 horas, signada por AR2 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGZMF No. 1, donde asentó que V ingresó al

⁵ Es un trastorno que afecta la respiración durante el sueño, causando interrupciones y desperfectos frecuentes.

HGZMF No. 1, con dolor abdominal y fue catalogado con un nivel de gravedad “...IV; verde...”.

8.9. Nota de Defunción de 19 de diciembre de 2023, a las 14:00 horas, signada por PSP6, médico del Servicio de Urgencias del HGZMF No. 1, en la que se anotó como causa de muerte de V, “...infarto agudo del miocardio, sin otra especificación, 30 minutos y fibrilación y aleteo ventricular, 30 minutos...”.

8.10. Nota de egreso de 19 de diciembre de 2023, a las 14:00 horas, firmada por PSP6 en la que asentó que a V se le diagnóstico egreso por “...*infarto agudo de miocardio... fibrilación y aleteo ventricular...*”

9. Correo electrónico de 20 de febrero de 2024, enviado por PSP10, al que adjuntó:

9.1. Oficio número 030103200200/D.0114/2024 de 14 de febrero de 2024, con el que PSP7 informó a PSP12, Coordinador Técnico de Atención a Quejas e Información Pública del OOADR en BCS, los nombres, cédula profesional y matrícula del personal médico del HGZMF No. 1 que atendió a V.

9.2. Informes de PSP8, enfermera adscrita al Servicio de Urgencias del HGZMF No. 1, AR1 médico general adscrito al “*Triage*” del Servicio de Urgencias del HGZMF No. 1; y PSP9, licenciada en enfermería adscrita al Servicio de Urgencias del HGZMF No. 1, el primero sin fecha y los otros dos de 13 y 14 de febrero de 2024.

10. Opinión Especializada en materia de Medicina de 10 de mayo de 2024, de esta Comisión Nacional, en la que se concluyó que la atención médica brindada a V el 19 de diciembre de 2023, en el HGZMF No. 1, fue inadecuada.

11. Acta circunstanciada de 15 de mayo de 2024, suscrita por personal de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar que QVI manifestó que con motivo del deceso de V no presentó denuncia ante el Agente del Ministerio Público de la Federación (AMPF), pero sí interpuso queja ante el IMSS y que en breve enviaría un documento que le notificó dicho Instituto, las actas de defunción y de matrimonio de V, y de cada uno de los hijos de éste, personas quienes contribuyeron en su cuidado antes de su fallecimiento.

12. Acta circunstanciada de 20 de mayo de 2024, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar que QV envió su acta de nacimiento y las de VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8; de igual forma, el acta de defunción de V y el oficio 039001400100/1141/2024-VI de 19 de marzo de 2024, firmado por PSP11, Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional (OOADR) en Baja California Sur, con el que se le notificó que el caso de V no contiene datos que puedan hacer posible la práctica de investigación administrativa laboral a trabajador alguno del IMSS.

13. Correo electrónico de 21 de mayo de 2024, enviado por PSP12, al que adjuntó:

13.1. Memorandum número 039001700100/415/2024 de 20 de mayo de 2024, firmado por PSP13, Titular de la Jefatura de Servicios de Desarrollo de Personal del OOADR en BCS, con el que informó a PSP14, Titular de la Coordinación, Atención y Orientación al Derechohabiente del OOADR en BCS que, AR1 y AR2 se encuentran en activo.

14. Acta circunstanciada de 5 de junio de 2024, suscrita por personal de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar la conversación entablada con PSP10, quien informó que los antecedentes del caso de V fueron enviados al Área de Atención a Quejas Médica del IMSS, donde se inició la investigación de la QM, la cual se encuentra en trámite, por lo que en su oportunidad se informará a este Organismo Autónomo el resultado.

15. Acta circunstanciada de 6 de junio de 2024, suscrita por personal de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar que QVI envió un mensaje de correo electrónico al que adjuntó el acta de matrimonio celebrara entre V y VI1; de igual manera un escrito en el que escribió su domicilio y el de VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8.

16. Acta circunstanciada de 6 de junio de 2024, suscrita por personal de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar la conversación entablada con QVI en la que manifestó que antes del deceso de V, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8 estuvieron al pendiente de él; agregó que, en el mes de noviembre de 2023, V permaneció hospitalizado en el HGZMF No. 1 y todos se turnaron para cuidarlo, y darle sus medicamentos; una vez que lo dieron de alta QVI y VI6 lo llevaron a sus citas médicas, y todos colaboraron en lo económico dándole dinero a V y a VI1, en la medida de sus posibilidades.

17. Acta circunstanciada de 15 de julio de 2024, elaborada por personal esta Comisión Nacional, en la que se asentó la conversación entablada con QVI, en la que comentó que ella, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8 continúan viviendo en los mismos domicilios previamente proporcionados, y facilitó el número de celular de VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

18. Esta Comisión Nacional, contó con la evidencia consistente en que, el Área de Atención a Quejas Médicas del IMSS inició una investigación por los hechos antes descritos radicándose la QM la cual, a la emisión de esta Recomendación se encontraba en trámite.

19. A la fecha de emisión de esta Recomendación, no se contó con evidencia que permita acreditar la existencia de algún procedimiento administrativo ante el OIC Específico o denuncia ante el AMPF, con motivo de los hechos materia de esta Recomendación.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

20. Del análisis lógico-jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/PRESI/2024/669/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 de las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como, de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al trato digno de V, persona adulta mayor, atribuibles a personas servidoras públicas del HGZMF No. 1, por las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

21. El presente caso se trata de V, persona adulta mayor al momento de los hechos, quien fue trasladado en ambulancia, de su domicilio al HGZMF No. 1, con intenso dolor en el estómago y presencia de datos atípicos de “*síndrome coronario agudo*”, nosocomio en el cual se omitió realizarle un interrogatorio integral, se emitió un diagnóstico incorrecto y hubo falta de tratamiento oportuno, lo que contribuyó en el deterioro del estado de salud de V y en su fallecimiento por “*infarto agudo de miocardio*”, como se expondrá más adelante.

22. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁶

⁶ CNDH. Recomendaciones 92/2022, párr. 18; 28/2021, párr. 32; 5/2021, párr. 21; 52/2020, párr. 42; CNDH, Recomendación 30/2021, párr. 35; 28/2021, párr. 32; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 16; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

23. El numeral 4 de la CPEUM, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.⁷

24. 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 (...)”*⁸

25. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que:

*la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.*⁹

26. El párrafo 1º 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 (...)”*

27. En la Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, del 23 de abril de 2009, ha señalado que:

⁷ Artículo 1o. Bis. LGS, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

⁸ Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las Instituciones Nacionales de Protección y Promoción de los Derechos Humanos *“Principios de París”*.

⁹ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL 14.

...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.

28. La SCJN en Tesis Aislada, ha expuesto como parte del estándar de protección del derecho humano a la salud, reconocido en los artículos 4, párrafo cuarto de la CPEUM, 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de las Formas de Discriminación Racial, que las autoridades del Estado se encuentran directamente obligadas a garantizar el derecho a la salud, brindando la asistencia médica y tratamientos de forma oportuna, permanente y constante.¹⁰

29. En el presente asunto, debe considerarse el Objetivo tercero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, consistente en “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades.*”

A.1. ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A V EN EL HGZMF NO. 1 DE 20 DE OCTUBRE Y 15 DE NOVIEMBRE DE 2023

30. El 20 de octubre de 2023, V fue enviado de la consulta externa de Geriátría del HGZMF No. 1, al Servicio de Urgencias de la misma unidad bajo el diagnóstico de “*...síndrome del seno enfermo¹¹...*”, ya que presentaba datos francos de bajo

¹⁰ Tesis [A]: 1a. XIII/2021 (10a.), Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, s.t., Marzo de 2021, s.p., Reg. digital: 2022890.

¹¹ Se define como un amplio rango de anomalías electrofisiológicas que abarcan desde la falla en la generación del impulso, en su transmisión a la aurícula, actividad subsidiaria de marcapaso inadecuada y aumento en la susceptibilidad para las taquiarritmias auriculares.

gasto, con frecuencia cardíaca que oscilaba entre 44 y 49 latidos por minuto; a las 17:00 horas, V fue atendido por personal médico adscrito al Servicio de Urgencias, quienes mencionaron que estaba siendo atendido por el Servicio de Cardiología Institucional, por problema de arritmia, le practicaron un electrocardiograma que demostró “...bradicardia sinusal de 45 lpm [latidos por minuto]...” e hipertensión arterial sistémica descontrolada, con registro de 190/67 mmHg. También, solicitaron valoración urgente al Servicio de Cardiología y el manejo que se le ofreció fue administración de antihipertensivos (telmisartán), vasodilatador (isosorbide), estatina para la disminución de hipercolesterolemia (atorvastatina), anticoagulante (enoxaparina) y fármacos para tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (finasteride y tamsulosina).

31. Posteriormente, le realizaron un estudio de “*monitoreo Holter*”¹², el cual inicio el 20 de octubre de 2023, a las 19:50 horas y término al día siguiente a las 21:14 horas, en cuyo informe PSP3, Médico del Servicio de Cardiología del HGZMF No. 1 concluyó con el diagnóstico de:

...enfermedad del nodo sinusal¹³, variedad síndrome taquicardia bradicardia¹⁴. Arritmia por escasas extrasístoles¹⁵ atriales y ventriculares con escasa carga ectópica no significativa... ADD: paciente con bajo gasto cardíaco¹⁶, cuenta con indicación clase I, nivel

¹² Monitor cardíaco externo (Holter). Es una herramienta accesible que registra el electrocardiograma (ECG) en forma continua, casi siempre durante 24 horas y mejora la sensibilidad para identificar episodios arrítmicos en comparación con el ECG común o la prueba de esfuerzo. Su duración de vigilancia hace al Holter ideal para las arritmias que ocurren diariamente o varias veces por semana, sean sintomáticas o asintomáticas. El dispositivo se devuelve para su análisis después de usarlo. **Fuente:** Gomella L.G.; Haist S.A.; **Manual de referencia clínica para estudiantes y residentes.** 12ª edición. Editorial McGraw Hill.

¹³ Es una estructura subepicárdica, en forma de huso situada entre la vena cava superior y la orejuela derecha del corazón.

¹⁴ Es un subtipo importante del síndrome de disfunción sinusal.

¹⁵ Latidos prematuros o anticipados que rompen el ritmo normal del corazón.

¹⁶ Es el volumen de sangre bombeado por minuto por cada ventrículo.

de evidencia C para implante de marcapasos DDD con sensor de frecuencia¹⁷...

32. El 15 de noviembre de 2023, PSP4, Médico del Servicio de Hemodinamia Cardiología del HGZMF No. 1, en la nota del servicio de Hemodinamia describió la técnica del procedimiento realizado a V, de “...*implante de Marcapasos Definitivo Medtronic DR.*”, colocado “...*con éxito.*” sin complicaciones. Fue egresado por mejoría a su domicilio con cita de seguimiento a “*Clínica de Marcapasos Medtronic*” programada para marzo de 2024.

A.2. VULNERACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA SALUD DE V

33. El 19 de diciembre de 2023, V fue trasladado en ambulancia de su domicilio al Servicio de Urgencias del HGZMF No. 1, debido a que presentaba “...*dolor intenso en estómago.*”, según la hoja “*Triage*”, firmada por AR2 personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del HGZMF No. 1, donde mencionó que, V arribó a las 12:24 horas de ese día, dando inicio de atención de “*Triage*” a las 12:25 horas, momento en el que se le recabaron signos vitales, los cuales fueron registrados con tensión arterial¹⁸ de 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca¹⁹ de 88 por minuto, respiratoria 19 por minuto y temperatura de 36⁰ centígrados; motivo por el cual, según personal de salud encargado de esa área, fue catalogado con un nivel de gravedad “...*verde*²⁰...”, lo que indicó una urgencia menor, requiriendo de atención

¹⁷ Marcapaso auriculoventricular (DDD). Su uso es obligatorio en los casos con lesión de ambos nodos, el sinusal y el auriculoventricular, y como alternativa en los bloqueos auriculoventriculares completos. Consta de su generador y dos electrodos independientes, uno auricular y otro ventricular, capaces cada uno de detectar y estimular la aurícula y el ventrículo. **Fuente:** Aguilar JM.; **Marcapasos Bicamarales.** Unidad de Cardiopatías Congénitas. [https://cardiopatiascongenitas.neuarritmias-en-las-cardiopatias-congenitas/marcapasos/bicamaral/#::text=Marcapasos%20Auriculoventricular%20\(DDD\)&text=Consta%20de%20su%20generador%20y,implantaci%C3%B3n%20es%20m%C3%A1s%20compleja.](https://cardiopatiascongenitas.neuarritmias-en-las-cardiopatias-congenitas/marcapasos/bicamaral/#::text=Marcapasos%20Auriculoventricular%20(DDD)&text=Consta%20de%20su%20generador%20y,implantaci%C3%B3n%20es%20m%C3%A1s%20compleja.)

¹⁸ Es la fuerza que ejerce la sangre en el interior de las grandes arterias del cuerpo y varía según la elasticidad de los vasos, su tamaño y la cantidad de sangre bombeada por el corazón.

¹⁹ Mide la cantidad de veces que el corazón late por minuto.

²⁰ Considerada una urgencia menor, requiriendo atención en consultorio de primer contacto, con un tiempo de espera para su atención hasta de 120 minutos. Fuente: Con el servicio de Triage de Urgencias IMSS brinda una respuesta médica basada en la gravedad del padecimiento. No. 625/2022. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202212/625>

en consultorio de primer contacto, con un tiempo de espera para su atención hasta de 120 minutos.

34. AR1 personal médico general adscrito al “Triage” del Servicio de Urgencias del HGZMF No. 1, en su “informe” de 13 de febrero de 2024 refirió que: “... el 19 de diciembre de 2023, a las 12:24 hrs. se recibe a V, masculino de 83 años... en ambulancia con dificultad para respirar [,] EPOC [enfermedad pulmonar obstructiva crónica] [,] HAS [hipertensión arterial sistémica] marcapasos. Se realiza Triage de Urgencia clasificándose como código amarillo dando aviso a mi asistente para que se le asigne médico tratante...”

35. Al respecto en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional señaló que, el “Triage” es un sistema que clasifica y selecciona a los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias, su objetivo es priorizar la atención médica con base al nivel de gravedad; el IMSS utiliza una escala de cinco niveles y los tiempos promedios de espera fueron adecuaciones a la Manchester Triage System²¹. Una “urgencia real” es una situación de afectación a la salud que desde el punto de vista clínico médico implica riesgo a corto plazo para la vida, el órgano o la función y que requiere atención médica oportuna, se identifica con nivel 1 o color rojo, nivel 2 o color naranja o nivel 3 o color amarillo²².

36. Dentro de la descripción de actividades del Triage establecidas en el Procedimiento en el Servicio de Urgencias, refiere que el médico encargado de dicha etapa realiza la clasificación del nivel de gravedad con base en el algoritmo “Índice de Gravedad de Urgencias” permitiendo que la enfermera general tome signos vitales, los cuales deberá registrarlos en el formato “Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias”, informando resultados al médico responsable.

²¹ Instituto Mexicano del Seguro Social. Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención 2660-003-045. Autorizó; Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas.

<http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2660-003-045.pdf>

²² Ibid.

37. Posteriormente, el médico asigna, con base al algoritmo el color o nivel de gravedad del paciente de acuerdo con el Modelo de Triage del IMSS, registrando de forma legible, esa información, en el formato *“Triage y nota médica inicial del Servicio de Urgencias”*.

38. En el mismo sentido se señaló que, el *“Código infarto”* es un protocolo enfocado a los Servicios de Urgencias y complementa el Procedimiento en el Servicio de Urgencias, en el cual se asignan actividades específicas al personal que participa en la atención del paciente.

39. En el caso del *“personal de salud asignado al Triage”*, el *“Código infarto”* refiere que, deberá *“... asignarse con rojo al paciente con dolor en el pecho, falta de respiración o pérdida del conocimiento...”*, indicando el ingreso de manera directa al área asignada para el código.

40. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se estableció que, la atención médica del *“Triage”* no existió apego a lo establecido en el *“Algoritmo del Índice de Gravedad de Urgencias”* del Procedimiento en el Servicio de Urgencias, en virtud de que, V al momento de su arribo al Servicio presentaba datos de *“dificultad respiratoria”*, según lo manifestado por el médico encargado de la valoración y que plasmó en la hoja de *“Triage y Nota Inicial del Servicio de Urgencias”*, lo que establecía una clasificación en nivel de gravedad *“naranja”*, es decir, que solo por la presencia de dicho signo, el caso correspondía a una *“emergencia médica”*²³ que requería de atención en *“área de reanimación”* con tiempo de espera *“inmediato, hasta 10 minutos”*.

41. En atención a lo anterior, AR1 no consideró la importancia clínica para su resolución en la clasificación del *“Nivel de Gravedad”*, agregó al *“Motivo de la atención”*, los antecedentes de *“...has [hipertensión arterial sistémica], marcapasos...”*; por lo cual, atención otorgada por AR1 a V fue inadecuada al

²³ Estado clínico caracterizado por alteraciones órgano-funcionales agudas y graves con riesgo inminente de muerte por lo que requieren atención médica para su reanimación, aplica en pacientes clasificados en color naranja. Fuente: Ibid.

realizar de forma incorrecta la clasificación “*Triage*”, sin apego a lo establecido por el Procedimiento en el Servicio de Urgencias y el Código infarto, contribuyendo en el deterioro del estado de salud de V, al no ingresarlo de manera inmediata al área de reanimación e iniciar con las acciones sugeridas por el citado código (que incluía la toma de electrocardiograma en un periodo no mayor a 10 minutos), lo que trajo como consecuencia la falta de un diagnóstico temprano y manejo oportuno del padecimiento, lo que derivó en el fallecimiento de V, contraviniendo dichas irregularidades lo establecido en el Reglamento de la LGS.

42. Regresando al momento de la valoración en el Servicio de Urgencias, a las 12:33 horas de 19 de diciembre de 2023 (a los 9 minutos de su arribo al hospital), según lo establecido por AR2 se registró el inicio de la consulta en la “*Nota médica inicial de Urgencias*”, que el motivo de la atención de V fue “...*dolor abdominal*...”, señalando en el resumen del interrogatorio:

... acompañado de QVI quien refirió lo siguiente: ...colocación de marcapasos el día 15/11/23, así como cirugía de próstata... HAS [hipertensión arterial sistémica] en Tx [tratamiento] con telmosartán [telmisartán]... isosorbida... ASA [ácido acetilsalicílico], HPB [hipertrofia prostática benigna] en Tx con finasterida... refirió acudir por presencia de dolor abdominal, localizado en hipocondrio derecho, el cual se acompaña de náusea sin llegar al vómito, escalofríos, refirió última evacuación hace 5 días en escasa cantidad...

43. A la exploración física, AR2 lo encontró:

...consciente, neurológicamente íntegro... coloración e hidratación de tegumentos y mucosas adecuadas... cardíaco ruidos rítmicos de buena intensidad y tono, no soplos ni agregados, campos pulmonares sin estertores no sibilancias, abdomen blando, disminución de peristalsis, dolor en hipocondrio derecho, murphy positivo, sin otros datos de irritación peritoneal...

44. Se solicitó a V la realización de estudios radiográficos de abdomen y de laboratorio que incluían química sanguínea, electrolitos séricos, biometría hemática, pruebas de función hepática, amilasa, lipasa y tiempos de coagulación y los diagnósticos emitidos fueron “...*dolor abdominal, localizado en la parte superior. Hipertensión esencial (primaria)*...”. También, se solicitó su ingreso al área “*Observación-Intermedia*” e inició de manejo con administración de solución intravenosa (cloruro de sodio al 0.9%), antiespasmódico intestinal (hioscina), y antisecretor gástrico (omeprazol).

45. En el análisis del caso, AR2 comentó “... *paciente en contexto de dolor abdominal y estreñimiento crónico, se dejó para tomar estudios complementarios y revaloración con resultados...*”; al respecto, el “*infarto de miocardio*²⁴”, por ello, resultó importante mencionar si bien es cierto que la sintomatología típica del cuadro está caracterizada por “*dolor torácico retroesternal*²⁵”, existe un cuadro atípico frecuente en población geriátrica, como en el presente caso, que se encuentra caracterizado por “*dolor en epigastrio*²⁶ o *indigestión no asociado a la ingesta de alimentos*” y también la disnea en ausencia de dolor precordial.

46. Por lo que, tanto la Guía Síndrome Coronario Agudo, como el Código infarto enfatizan que, el médico de primer contacto que valore al paciente deberá realizar un interrogatorio dirigido en búsqueda de síntomas tanto típicos como atípicos, así como interrogar sobre factores de riesgo que incrementan la posibilidad de síndrome coronario agudo.

47. Por lo anterior, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, se estableció que, la atención médica otorgada a V por AR2, fue inadecuada, al no realizar un interrogatorio integral, omitiendo tomar en cuenta los síntomas atípicos que se presentaron en V, además de no tomar en consideración los antecedentes

²⁴ Es la muerte (necrosis) de las células del músculo cardíaco por la interrupción completa y sostenida del flujo sanguíneo en el sector del corazón donde se produce el fenómeno.

²⁵ Es el dolor que se produce detrás del hueso del esternón.

²⁶ Es la parte superior del abdomen que alberga el estómago, el hígado y el páncreas, entre otros órganos.

personales patológicos con los que contaba (hipertensión arterial sistémica y síndrome del seno enfermo tipo taquicardia bradicardia en manejo con marcapasos definitivo), lo que incrementó la posibilidad del diagnóstico de un “*síndrome coronario agudo*”.

48. A las 14:00 horas de 19 de diciembre de 2023, a los 90 minutos de su ingreso, PSP6, médico del Servicio de Urgencias del HGZMF No. 1, realizó la Nota de Egreso por defunción, donde manifestó como diagnóstico de egreso “... *Infarto agudo de miocardio... fibrilación y aleteo ventricular...*” y en el resumen clínico indicó:

...V en malas condiciones generales, hipotenso, hipotérmico, marmóreo, dependiente de oxígeno, durante estancia en Urgencias V presentó parada respiratoria y posterior cardíaca por lo que se decidió pase a choque se inició manejo avanzado de vía aérea... primer intento, se inició maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada durante 6 ciclos, con administración de 4 ámpulas de adrenalina, fibrilación ventricular que ameritó desfibrilación en 2 ocasiones, con recuperación espontánea, sin presión arterial, por lo que se inició manejo vasopresor, con evolución tórpida, inició con bradicardia y posterior parada cardíaca por lo que se declaró fallecimiento a las 14:00 horas del 19 de diciembre del 2023, se informó a Trabajo Social y Familiares...

49. En las hojas de “*Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería*”, se observaron dos anotaciones realizadas en el rubro “*signos y síntomas*” sin poder conocer los datos del personal que los elaboró por encontrarse ilegibles; en el primero refirieron “...*recibo px [V] en mal estado general, apnea, con apoyo de oxígeno suplementario, coloración palidez, sin respuesta verbal. Se avisa a médicos de inmediato y a jefe de piso [...] 13:20 horas...*”, anotación que concuerda con el “*informe*” rendido por PSP8, enfermera adscrita al Servicio de Urgencias del HGZMF No. 1; en una segunda nota mencionaron “... *se recibe px [V]*

que se encontraba en silla observación. Se [ilegible] datos de parada cardíaca, se pasa al área de shock, se inició reanimación 13:20 [horas] durante 2 ciclos. Se inició administración de adrenalina IV [intravenoso]... y se desfibrila... se intentó intubar, no es posible y se reanudan compresiones [ilegible] se abandonaron las compresiones por indicación médica verbal... hora de muerte determinada por médico 14:00 horas, con DX [diagnóstico] de IAM [infarto agudo al miocardio]...”.

50. Con lo anterior, resultó evidente la falta de atención médica de urgencia que requería V al permanecer en “...silla ...del Servicio del Observación...” durante el periodo comprendido entre la atención del “Triage” a las 12:25 horas, hasta las 13:20 horas cuando se presentó el paro cardiorrespiratorio.

51. También es importante considerar que, el Código Infarto define una “hora dorada”²⁷ para el manejo urgente del paciente a través de reperfusión, situación que se omitió por las irregularidades ya expresadas que derivaron en un diagnóstico inadecuado e inoportuno.

52. De lo anterior, en la Opinión Médica emitida por esta CNDH, se señaló que la atención médica brindada a V por parte de AR1 y AR2 fue inadecuada por lo siguiente:

52.1. AR1 clasificó de forma incorrecta el “nivel de gravedad” de V al momento de su arribo al Servicio de Urgencias, al presentar datos atípicos de “síndrome coronario agudo”, sin apego a lo establecido en el Procedimiento en el Servicio de Urgencias y el Código Infarto.

52.2. Por su parte, AR2 omitió realizar a V un interrogatorio integral y no tomó en consideración los síntomas atípicos de “síndrome coronario agudo”

²⁷ Los pacientes tratados en la primera hora muestran el mayor beneficio en mortalidad absoluta y relativa, observación que ha llevado a considerar a los primeros 60 minutos como “la hora dorada” de la reperfusión (terapia fibrinolítica o intervención coronaria percutánea). Fuente: Borrayo-Sánchez G.; Pérez-Rodríguez G., y cols. Protocolo para atención de infarto agudo de miocardio en urgencias: Código infarto. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017; 55(2); 233-46.

que presentó, ni los antecedentes personales patológicos con los que contaba (hipertensión arterial sistémica y síndrome del seno enfermo tipo taquicardia bradicardia en manejo con marcapasos definitivo), emitió un diagnóstico incorrecto y falta de tratamiento oportuno, sin apego a lo establecido en la Guía Síndrome Coronario Agudo y al Código Infarto.

53. Con lo cual se acredita la vulneración al derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto de la CPEUM; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “*Protocolo de San Salvador*”, y lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

54. Previo a su deceso, V estuvo durante el mes de noviembre de 2023, internado en el HGZMF No. 1, lapso en el cual QVI, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8, se turnaron para cuidarlo y darle sus medicamentos, una vez que lo dieron de alta QV y VI6 se encargaron de llevarlo a sus citas médicas; de igual forma QV manifestó que todos colaboraron para apoyar a V y VI1, en lo económico; además, el día en que V falleció, QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8 estuvieron al pendiente de él, ya que le reconocían una gran calidad humana, por lo que su muerte les provocó insomnio, afectándoles mucho, principalmente a VI7 y VI8, y en el caso particular de QV el pensar en la necesidad de consultar con un psicólogo para que le ayude a superarlo.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

55. El derecho humano a la vida, implica que toda persona disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección se encuentran previstas en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos

Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y el artículo 29, segundo párrafo de la CPEUM, que dispone no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida; por lo que le corresponde al Estado, a través de sus instituciones, respetarlo protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

56. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria; así como el deber de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentre bajo su jurisdicción; o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.²⁸

57. La CrIDH ha considerado que:

el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos (). Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones necesarias para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable, así como el deber de impedir que sus agentes, o particulares, atenten contra el mismo. El objeto y propósito de la Convención, como instrumento para la protección del ser humano, requiere que el derecho a la vida sea interpretado y aplicado de manera que sus salvaguardas sean prácticas y efectivas (effet utile).²⁹

58. El derecho a la vida y a la protección de la salud, tienen la profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la

²⁸ CNDH, Recomendación 53/2022, párr. 56.

²⁹ “Caso Zambrano Vélez y otros vs Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 4 de julio de 2017, párr. 78 y 79.

salud humana³⁰; en el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1 y AR2, también son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida.

B.1. VULNERACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA VIDA DE V

59. Como se precisó en la Opinión Médica de Organismo Nacional, AR1 y AR2, fueron omisos en brindar a V una atención médica adecuada, toda vez que AR1 clasificó de forma incorrecta el “*nivel de gravedad*” de V al momento de su arribo al Servicio de Urgencias, al presentar datos atípicos de “*síndrome coronario agudo*” y AR2 omitió realizar un interrogatorio integral y no tomó en consideración los síntomas atípicos del citado síndrome y por ello emitió un diagnóstico incorrecto, y en consecuencia no le brindó un tratamiento oportuno.

60. De lo expuesto, este Organismo Nacional concluyó que AR1 y AR2, vulneraron los derechos a la protección de la salud de V y como consecuencia de ello a la vida, los cuales se encuentran previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 4, párrafo cuarto; 29, párrafo segundo, constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33, fracción II, y 51 de la LGS, que en términos generales señalan que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida, por lo que se debe efectuar un diagnóstico temprano, para así proporcionar el tratamiento oportuno y de calidad a fin de preservar la vida, situación que las personas servidoras públicas omitieron realizar.

³⁰ “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, párr. 117.

C. DERECHO HUMANO AL TRATO DIGNO Y A LA ATENCIÓN PRIORITARIA DE V, EN SU SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD, COMO PERSONA ADULTA MAYOR CON ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES O CRÓNICAS DEGENERATIVAS

61. 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 y adecuada por parte del personal médico del HGZMF No. 1.

62. 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.

63. 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. También, 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.

64. Los artículos 17, párrafo primero, del “*Protocolo de San Salvador*”; 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 Mayores, 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.

65. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México³¹, 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 envejecimiento³².

66. 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 Mayores³³, 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*

³¹ Publicado el 19 de febrero de 2019.

³² CNDH, párr. 418, pág. 232

³³ Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002.

a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores”.

67. Además, 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 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.

68. Con forme al artículo 9 y 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, el Estado deberá asegurar la atención prioritaria de los servicios integrales de salud a la persona adulta mayor, a fin de garantizar la calidad de vida y evitar que la persona viva algún tipo de violencia.

69. 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.

70. Anteriormente, esta comisión, se pronunció respecto a las violaciones de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en las recomendaciones: 19/20024,14/2024, 296/2023 y 282/2023.

71. También, es importante señalar que, en el párrafo 93 de la Recomendación 8/2020, 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.

72. 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 humanos³⁴; como en el presente caso, en que se vulneraron los referentes a la salud de V, quien no recibió atención médica adecuada acorde a su padecimiento y gravedad, ya que las omisiones descritas contribuyeron a que su estado de salud se agravara y derivara en la pérdida de su vida.

73. 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.”³⁵ 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.

74. 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”³⁶.

75. Al pertenecer V a un grupo de atención prioritaria por tratarse de una persona adulta mayor, se debió de clasificar el nivel de gravedad de forma correcta por AR1,

³⁴ Recomendación 260/2022, párr. 86.

³⁵ 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, p. 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, p. 24; 23/2020, p. 26, y 52/2020, p. 9.

³⁶ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

quien lo atendió en el Triage, al presentar datos atípicos de “*síndrome coronario agudo*” y AR2 debió en la valoración inicial en el Servicios de Urgencias del HGZMF No. 1 realizar un interrogatorio integral tomando en consideración los síntomas atípicos del citado síndrome y los antecedentes personales patológicos con los que contaba (hipertensión arterial sistémica y síndrome del seno enfermo tipo taquicardia bradicardia en manejo con marcapasos definitivo) para emitir un diagnóstico correcto y brindarle un tratamiento oportuno, para evitar contribuir al deterioro de su estado de salud y en su fallecimiento por “*infarto agudo de miocardio*”.

76. El artículo 10, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, establece que se deben propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental de los adultos mayores, preservando su dignidad como ser humano, procurando 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; contrario a ello, 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 persona³⁷.

D. RESPONSABILIDAD

D.1. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

77. Tal como ha quedado acreditado en la presente Recomendación la responsabilidad de AR1 y AR2 provino de una inadecuada y oportuna atención

³⁷ 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#:~:text=El%20principio%20pro%20persona%20es,10%20de%20junio%20de%202011> consultado el 22 de mayo de 2023.

médica en agravio de V, que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud que repercutió en la pérdida de la vida de V; en atención a lo siguiente:

77.1. AR1 clasificó de forma incorrecta el nivel de gravedad de V al momento de su arribo al Servicio de Urgencias del área Triage del HGZMF No. 1, al presentar datos atípicos de *“síndrome coronario agudo”*.

77.2. AR2 omitió realizar un interrogatorio integral, sin tomar en consideración los síntomas atípicos del citado síndrome que presentó V, ni los antecedentes personales patológicos con los que contaba, emitió un diagnóstico incorrecto y sin un tratamiento oportuno.

78. Este Organismo Nacional considera que AR1 y AR2 incurrieron en actos y omisiones que afectaron la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto, que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal, conforme a lo dispuesto en los artículos 7, fracción I, II y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

79. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la CPEUM; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 63 del Reglamento Interno de esta Comisión Nacional, este Organismo Autónomo tienen evidencias suficientes para en ejercicio de sus atribuciones dar vista administrativa ante el OIC Específico en el IMSS, para efectos de que se determine la responsabilidad de AR1 y AR2, por la inadecuada atención médica otorgada a V, atendiendo a su calidad de persona adulta mayor, así como a lo relativo a la integración de su expediente clínico, lo que derivó en la pérdida de su vida.

D.2. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

80. Conforme al párrafo tercero del artículo 1º Constitucional:

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la Ley.

81. La promoción, el respeto, protección y garantías de derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también consideran en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por México. 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.

82. 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.

83. En la presente Recomendación ha quedado expuesta la responsabilidad de las personas servidoras públicas del HGZMF No. 1, por violación al derecho a la protección de la salud por inadecuada atención médica y a la vida de V; en consecuencia, esta Comisión Nacional advierte responsabilidad institucional a cargo del HGZMF No. 1, ya que, como se señaló en la Opinión Médica emitida por personal de este Organismo Nacional, se encuentran omisiones por parte de las personas servidoras públicas médicas del citado nosocomio.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

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

85. 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, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 73, fracción V, 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I y último párrafo, 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 de V, personal adulta mayor; de igual manera, esta Comisión Nacional reconoce a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8 su calidad de víctima, por los hechos que originaron la presente recomendación; por lo que, se deberá inscribir a V, así como a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8, en el Registro Nacional de Víctimas, a cargo de la CEAV, a fin de que éstas últimas tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a lo dispuesto en la Ley General de Víctimas.

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

87. En el “Caso Espinoza González vs. Perú”, la CrIDH resolvió que:

...toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado (...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos...³⁸

88. En consecuencia, el IMSS deberá realizar las siguientes acciones con la finalidad de otorgar una reparación integral a las víctimas conforme a las siguientes consideraciones:

i. Medidas de Rehabilitación

89. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y a sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de

³⁸ Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas), párrafo 300 y 301.

derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas; así como del artículo 21 de los Principios y Directrices, del instrumento antes referido. La rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

90. 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 deberá proporcionar a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8, la atención psicológica y/o tanatológica, en caso de que la requieran, esta atención deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8, 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 alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para el cumplimiento del punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de Compensación

91. Las medidas de compensación dispuestas por los artículos 27, fracción III, 64 de la Ley General de Víctimas; la cual consiste 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.”*³⁹

³⁹ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 90.

92. 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, 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.

93. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada del Formato Único de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8, 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, ello para dar atención al punto recomendatorio primero.

94. 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.

95. 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.

iii. Medidas de Satisfacción

96. 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.

97. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS, deberán colaborar ampliamente con las autoridades investigadoras, en el seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente ante el OIC Específico en el IMSS, en contra de AR1 y AR2 del HGZMF No. 1, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto de que dicha instancia realice la investigación respectiva y se resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

98. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la Ley General de

Víctimas, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las decisiones judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por lo cual, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que esta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de V, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a las víctimas.

99. Por lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, el IMSS deberá informar las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

iv. Medidas de no repetición

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

101. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el plazo de seis meses, después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral dirigido a todo el personal médico del área de Triage y del Servicio de Urgencias del HGZMF No. 1; al que deberán asistir en particular AR1 y AR2, en caso de continuar laboralmente activos, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, también la debida observancia y contenido de la Guía Síndrome Coronario Agudo y del Código Infarto, 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 y, deberá ser impartido por personal que acredite estar calificado

y con suficiente experiencia en derechos humanos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

102. Todos los cursos de capacitación serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en materia de derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de ese Instituto que los reciba, en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o constancias otorgadas a los asistentes. También se deberá mencionar en cada curso, que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación. Hecho lo anterior, se deberán enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

103. También, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida a todo el personal médico del área de Triage y del Servicio de Urgencias del HGZMF No. 1; que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los manejos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, con el objeto de garantizar su no repetición, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió; ello para acreditar el cumplimiento del punto quinto recomendatorio.

104. En razón a lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades en su respectivo ámbito de competencias, a 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.

105. En consecuencia, esta Comisión Nacional le formula a Usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, respetuosamente, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas a V, así como a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración diseñados por esa CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a los derechos humanos descritas y acreditadas en la presente Recomendación, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el deceso de V; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la CEAV y atendiendo a la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar atención psicológica y/o tanatológica a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8; en caso de que lo requieran, por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8, 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 alcancen el máximo beneficio; así también, en caso de no requerirla, se deberá de dejar cita abierta a QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es un derecho de QVI, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5, VI6, VI7 y VI8, 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 ampliamente con el OIC Específico en el IMSS, con el seguimiento de la vista administrativa que este Organismo Nacional presente en contra de AR1 y AR2, por la inadecuada atención médica de V, atendiendo a su calidad de persona adulta mayor; así como, lo relativo a la integración de su expediente clínico, en contra de quien o de quienes resulten responsables, 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 por la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Se elabore e imparta en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud con énfasis en la atención de las personas adultas mayores, en la debida observancia y contenido de Guía Síndrome Coronario Agudo; también en la debida observancia y contenido del Código Infarto, dirigido a todo el personal médico del área de Triage y del Servicio de Urgencias del HGZMF No. 1; al que deberán asistir en particular AR1 y AR2, en caso de continuar laboralmente activos. 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; en el que se incluyan los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y/o constancias otorgadas a los asistentes. Hecho lo anterior, se deberán enviar a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten 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 área de Triage y del Servicios de Urgencias del HGZMF No. 1, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los manejos médicos, 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.

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

106. 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 con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida 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 o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

107. De conformidad con 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 de los quince días hábiles siguientes a su notificación.

108. 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.

109. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102 Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15 fracción X y 46 de la Ley de la 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