



RECOMENDACIÓN No. 6 / 2019

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 57 “LA QUEBRADA” DEL IMSS EN EL ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 22 de marzo de 2019

**LIC. GERMÁN MARTÍNEZ CÁZARES
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero; 6º, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/1/2015/6145/Q, relacionado con el caso de V1.

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 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78 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, y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a



la información Pública. 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 son los siguientes:

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad responsable

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

Institución	Acrónimo
Hospital General de Zona No. 57 “La Quebrada” del IMSS en el Estado de México.	Hospital General 57
Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, “ <i>Del Expediente Clínico</i> ”.	NOM-004-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana 027-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.	NOM-027-SSA3-2013



Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica del IMSS.	Reglamento de Atención Médica
Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.	Reglamento de Prestaciones Médicas

I. HECHOS

5. A las 17:10 horas del 10 de junio de 2015, V1, mujer de 51 años de edad, ingresó al servicio de urgencias del Hospital General 57, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica en tratamiento de quince años de evolución, tabaquismo desde los 20 años de edad, donde fue atendida por AR1, quien la reportó con dolor intenso en el pecho, tos excesiva, pérdida de fuerza en el brazo, piernas hinchadas, dolor de cabeza, distensión y dolor abdominal, por lo que diagnosticó “*bronquitis aguda*”.

6. A las 17:20 horas de la misma fecha, V1 fue valorada por AR2, quien la encontró con dolor torácico intermitente que inició en la madrugada de ese día y le diagnosticó “*probable osteocondritis [dolor torácico]*”.

7. A las 19:20 horas del 10 de junio de 2015, AR2 reportó a V1 con dolor torácico, desesperación y disnea (dificultad respiratoria); a pesar de que no contaba con los resultados de los estudios de laboratorio, le diagnosticó “*HAS [hipertensión arterial sistémica], probable cardiopatía mixta hipertensiva, probable SICA [síndrome coronario agudo]/angina inestable*”.

8. En la misma fecha, a las 24:50 horas (sic), AR3 valoró a V1, a quien reportó con dolor en tórax con predominio derecho, sin embargo, el 11 de junio de 2015, AR3

indicó su alta con diagnóstico de “*osteocondritis, SICA descartado*”, no obstante, los estudios de laboratorio de V1, reportaron la presencia de hiperglucemia (elevación de la glucosa).

9. El 11 de junio de 2015, V1 persistió con la sintomatología característica del síndrome coronario agudo (afección provocada por una reducción repentina o bloqueo de la irrigación sanguínea al corazón), por lo cual V2 la llevó con un médico particular, quien le realizó un electrocardiograma, el cual confirmó que cursaba con un infarto cardiaco y la refirió al Centro Médico Nacional (CMN) “*La Raza*”.

10. A las 21:35 horas de 11 de junio de 2015, V1 ingresó al CMN “*La Raza*”, siendo valorada por el servicio de medicina interna, donde le diagnosticaron “*cardiopatía isquémica, SICA: IAM [Infarto Agudo de Miocardio] CEST [Con Elevación del Segmento ST] anterior extenso*”, lo cual ameritó cateterismo cardiaco urgente (código infarto) y su manejo anti-isquemia por la urgencia que presentaba, reportándola grave.

11. En la misma fecha, a las 22:32 horas, los médicos le brindaron atención médica a V1, sin embargo, presentó un nuevo infarto irreversible a las maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas y avanzadas, por lo que se declaró como hora de su lamentable deceso, las 00:20 horas de 12 de junio de 2015, siendo las causas de la muerte: “*choque cardiogénico [se origina cuando el corazón bombea sangre de manera inadecuada para satisfacer las necesidades del cuerpo], infarto agudo de miocardio anterior extenso e hipertensión arterial sistémica*”.



12. El 2 de julio de 2015, V2 presentó escrito de queja ante este Organismo Nacional, por lo que se inició el expediente CNDH/1/2015/6145/Q, y a fin de documentar las probables violaciones a derechos humanos, se obtuvieron el informe y expediente clínico que remitió el IMSS, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

13. El 2 de julio de 2015, V2 presentó escrito de queja ante este Organismo Nacional, mediante el cual manifestó su inconformidad por negligencia médica en contra del personal médico del Hospital General 57, en agravio de su progenitora V1.

14. Oficio 095217614BB1/1753 de 7 de septiembre de 2015, mediante el cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional copia del expediente clínico de V1, que contiene los documentos siguientes.

14.1. Nota de urgencias de las 17:20 horas del 10 de junio de 2015, en la que AR2 diagnosticó a V1 con “*probable osteocondritis, descartar SICA*”.

14.2. Nota médica de urgencias de las 19:20 horas de 10 de junio de 2015, en la que AR2 reportó a V1, con dolor torácico y la diagnosticó con “*HAS, probable cardiopatía mixta hipertensiva [problemas cardíacos que ocurren surgen cuando la hipertensión arterial que permanece durante mucho tiempo], probable SICA/angina inestable [afección en la cual el corazón no recibe suficiente flujo de sangre y oxígeno que puede llevar a un ataque cardíaco]*”.



- 14.3.** Nota de evolución del turno nocturno de las 24:50 horas (sic) del 10 de junio de 2015, en la que AR3 reportó a V1 con dolor en el tórax.
- 14.4.** Nota médica de “*urgencias adultos*” sin hora de 11 de junio de 2015, en la que AR3 hizo constar que dio de alta a V1 con diagnóstico “*osteocondritis, SICA descartado*”.
- 14.5.** Nota inicial de admisión continua del CMN “*La Raza*”, de las 21:35 horas del 11 de junio de 2015, en la cual se asentó la atención médica brindada a V1, con motivo del infarto al miocardio que presentaba.
- 14.6.** Nota de “*procedimiento y defunción*” de 12 de junio de 2015, en la que el servicio de cardiología del CMN “*La Raza*” hizo constar que V1 presentó un infarto irreversible que ocasionó su fallecimiento a las 00:20 horas.
- 14.7.** Resumen médico de 6 de julio de 2015, mediante el cual AR3 relató su intervención médica en la atención de V1.
- 15.** Oficio 095217614BB1/0306 de 12 de febrero de 2018, en el que el IMSS informó a este Organismo Nacional, que el 3 de diciembre de 2015, se determinó improcedente la queja de V1.
- 16.** Opinión Médica de 16 de agosto de 2018, emitida por médicos de este Organismo Nacional sobre la atención médica que se proporcionó a V1 en el Hospital General 57, la cual fue inadecuada.



III. SITUACIÓN JURÍDICA.

17. El 2 de julio de 2015, V2 presentó queja ante este Organismo Nacional por negligencia en contra del personal médico del Hospital General 57 en agravio de su progenitora V1, la cual derivó en su fallecimiento.

18. El 14 de febrero de 2018, se recibió en este Organismo Nacional el oficio 095217614BB1/0306, en el que el IMSS informó que la queja que se inició con motivo del deceso de V1 se dictaminó en sentido improcedente.

19. A la fecha de la emisión de la presente Recomendación, no se tiene conocimiento de que se haya iniciado un procedimiento administrativo o carpeta de investigación con motivo de los presentes hechos.

IV. OBSERVACIONES

20. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2015/6145/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), como de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Cridh), se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos atribuibles a AR1, AR2 y AR3 personal médico del servicio de urgencias del Hospital General 57 en agravio de V1:



20.1. A la protección de la salud.

20.2. A la vida.

20.3. Al acceso a la información en materia de salud.

21. Lo anterior en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

22. El artículo 4 de la Constitución reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

23. Es atinente la jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”*.¹

24. El punto 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como *“(...) un*

¹ Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.



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. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).²

25. Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General número 15 *“sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se aseveró que *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”*.³

26. En los artículos 10.1 e incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo cual el Estado debe adoptar medidas para garantizar este derecho, como la atención primaria de la salud al alcance de todos y prevenir las enfermedades, o en su caso, dar tratamiento.

² *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, aprobada por la Asamblea General de la ONU el 11 de mayo de 2000.

³ CNDH. *“III. Observaciones”*, página siete.



27. El párrafo 1 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*".

28. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advirtió que los médicos de los servicios de Urgencias del Hospital General 57, omitieron brindar a V1 la atención médica adecuada derivada de su calidad de garantes conferidas por las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el párrafo primero del artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas IMSS, lo que se tradujo en la violación al derecho a la protección de la salud, como a continuación se analiza.

A.1. Violación a la protección de la salud de V1 por inadecuada atención médica

29. A las 17:10 horas de 10 de junio de 2015, V1 ingresó al Hospital General 57, donde fue valorada por AR1, quien le diagnosticó "*bronquitis aguda*" y prescribió tratamiento. Al respecto este Organismo Nacional no emite opinión debido a que no se adjuntó la nota médica de dicha valoración, sin embargo, como se analiza en el presente apartado, V1 presentaba un infarto cardiaco y no bronquitis.

30. Derivado de lo anterior, AR1 infringió lo dispuesto en el artículo 8 del Reglamento de Prestaciones Médica del IMSS que preceptúa que: "*El personal de salud (...) deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes (...)*", relacionado con el punto 5.14 de la NOM-004-SSA3-2012, relativo



a que “(...) cuando en un mismo establecimiento para la atención médica (...) deberá integrarse un (...) expediente clínico (...) donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención”.

31. A las 17:20 horas de 10 de junio de 2015, V1 fue valorada por AR2, médico adscrito al servicio de urgencias del Hospital General 57, quien la reportó con dolor torácico intermitente que inició en la madrugada de ese día, hipertensión arterial de 10 años de evolución en tratamiento. A la exploración física, con dolor a la inspiración profunda y a la digito presión de tórax, por lo que se le diagnosticó con probable “*osteocondritis, descartar SICA, bronquitis crónica agudizada, HAS probable cardiopatía mixta hipertensiva*” e indicó como plan terapéutico: estudios de laboratorio y enzimas cardíacas.

32. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, AR2 omitió tomar los signos vitales, ya que no describió la tensión arterial, la frecuencia respiratoria y la temperatura corporal de V1, lo que hubiera permitido identificar que presentaba signos de alarma de una patología grave.

33. Asimismo, AR2 omitió realizar una adecuada historia clínica que incluyera un interrogatorio y exploración física intencionada y dirigida para conocer el antecedente de tabaquismo intenso de larga evolución de V1; tampoco investigó las probables causas del dolor torácico de la paciente, ni del dolor precordial o crisis de exacerbación de enfermedad pulmonar y con los pocos datos que interrogó y exploró integró el diagnóstico de *bronquitis crónica agudizada*.

34. En opinión de los médicos de este Organismo Nacional, ante tal padecimiento, AR2 debió realizarle a V1, terapia con glucocorticoides (fármacos para el

tratamiento de las alteraciones inmunológicas) y oxigenoterapia, esta última indicada para prevenir o tratar la deficiencia de oxígeno en la sangre, cuya principal función es la insuficiencia respiratoria crónica, tal como lo establece la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, debido a que V1 presentaba un probable síndrome coronario agudo (SICA).

35. Dos horas después, es decir, a las 19:20 horas del 10 de junio de 2015, AR2 reportó a V1 con dolor torácico, desesperación y disnea, a pesar de que no contaba con los resultados de sus estudios de laboratorio, la diagnosticó con *“HAS, probable cardiopatía mixta hipertensiva, probable SICA/angina inestable”*, por lo que indicó su ingreso a urgencias con un tratamiento farmacológico.

36. Sin embargo, AR2 no identificó los factores de riesgo del síndrome coronario agudo al no realizarle a V1 un interrogatorio dirigido tal como lo establece la *“Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Estratificación y Tratamiento Hospitalario Inicial de Pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin elevación ST”*.

37. Ocho horas posteriores al ingreso de V1 a urgencias del Hospital General 57, es decir, a las 24:50 horas (sic) de 10 de junio de 2015, AR3 la reportó con dolor en tórax con predominio derecho, con facies álgica, tórax doloroso a la digito presión de quinto espacio intercostal derecho, disminución de entrada y salida de aire en hemitórax derecho, por lo que prescribió medicamentos antiagregantes plaquetarios, anticoagulante y analgésico, así como ordenó una radiografía de tórax y revaloración con resultados de laboratorio y de gabinete.

38. Sin embargo, los médicos de este Organismo Nacional señalaron que AR3 omitió realizar un interrogatorio dirigido y exploración física adecuada, tomar signos vitales aunado a que no solicitó los resultados de los estudios de laboratorio realizados a V1, para confirmar o descartar la presencia de algún síndrome coronario agudo de acuerdo a lo establecido en la *“Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Estratificación y Tratamiento Hospitalario Inicial de Pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin elevación ST”*.

39. El 11 de junio de 2015, sin precisar la hora, AR3 indicó el alta hospitalaria de V1, con diagnóstico de egreso *“osteocondritis, síndrome coronario agudo descartado”*, no obstante que los estudios de laboratorio que le realizaron mostraron hiperglucemia.

40. Los especialistas de este Organismo Nacional señalaron que AR2 y AR3 omitieron realizar lo indicado en la *“Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Estratificación y Tratamiento Hospitalario Inicial de Pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin elevación ST”*, consistente en lo siguiente:

40.1. Realizar otro electrocardiograma que permitiera identificar la presencia de algún daño agudo o isquemia; en el caso de que V1 no presentara alteraciones, se debía repetir otro dentro de las 6 u 8 horas siguientes.

40.2. Llevar a cabo una valoración por un médico especialista con carácter de urgente.

40.3. Monitoreo electrocardiográfico continuo.

40.4. Aplicar los biomarcadores cardíacos, tales como “troponina T o L” para detectar o descartar un infarto y tener los resultados en un máximo de 60 minutos, debiendo repetirse ese estudio de 6 a 12 horas siguientes al primero.

41. De ahí la importancia de que AR2 y AR3 obtuvieran los antecedentes clínicos de V1, tales como: exploración física (presión arterial y frecuencia cardíaca), electrocardiograma de 12 derivaciones (patrones de isquemia), determinación de biomarcadores y pruebas de laboratorio, los cuales estiman el riesgo del evento adverso cardiovascular (mortalidad, infarto al miocardio, isquemia severa o revascularización), que pasaron desapercibidos y en consecuencia, no se identificó el síndrome coronario agudo que presentaba V1 desde su ingreso.

42. Derivado de lo anterior, AR2 y AR3 incumplieron los puntos 6.1, 6.1.1 y 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012, que señala que “*la historia clínica deberá constar de **interrogatorio**: Deberá tener como mínimo: ficha de identificación (...) antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco (...)) padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales)*”, **exploración física** “*Deberá contener como mínimo: habitus exterior, **signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria)**, peso y talla, así como datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen (...)*”.

(Énfasis añadido)

43. De igual manera, los referidos galenos infringieron los puntos 6.1.3, 6.1.4 y 6.2 de la NOM-004-SSA3-2012 que indican “*Resultados previos y actuales de*



estudios de laboratorio, gabinete y otros, diagnósticos o problemas clínicos”, “Nota de evolución: Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente”.

44. De las irregularidades descritas y analizadas se acreditó la inadecuada atención médica por parte del personal médico del Hospital General 57, con lo que impidieron garantizar con efectividad a V1 el derecho a la protección a la salud, toda vez que AR1, AR2 y AR3 no realizaron un adecuado protocolo de estudio para confirmar o descartar el diagnóstico de *“infarto agudo al miocardio”* que padecía V1, por tanto, incumplieron el artículo 27, fracción III de la Ley General de Salud, que establece *“Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: (...) La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas (...)”.*

45. Asimismo, los médicos tratantes infringieron el artículo 8, fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestaciones de Servicios de atención Médica, el cual precisa que las actividades de atención médica son: *“CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)”.*

46. Además, AR1, AR2 y AR3 incumplieron los artículos 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud que disponen: *“La atención médica deberá llevarse (...) de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”* y *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud*



oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)”.

47. AR1, AR2 y AR3 son responsables del diagnóstico erróneo de V1, en términos del ordinal 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS que puntualiza *“Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de **los diagnósticos y tratamientos de los pacientes** que atiendan en su jornada de labores (...). El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, **de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes**”*.

(Énfasis añadido)

48. Los referidos médicos infringieron el diverso 43 de ordenamiento legal invocado que indica *“El personal de salud deberá, en todo momento, otorgar un trato digno y respetuoso al paciente, procurando un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente, proporcionándole al mismo o al familiar o representante legal, la información **clara, oportuna y veraz sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento** (...)*”.

(Énfasis añadido)

49. Derivado de la inadecuada atención médica que recibió V1, persistió con la sintomatología de síndrome coronario agudo, por lo que V1 la llevó con un facultativo particular, quien le realizó un electrocardiograma que confirmó que cursaba un infarto agudo de miocardio y la refirió al Centro Médico Nacional (CMN) *“La Raza”*.



50. La inadecuada atención médica descrita condicionó y favoreció el deceso de V1, como se analizará enseguida.

B. DERECHO A LA VIDA

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

52. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) 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 (...)”*⁴

(Énfasis añadido)

53. El derecho humano a la vida se encuentra reconocido en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención

⁴ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, Enero de 2011, Pág. 24.



Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

54. La CrIDH ha establecido que *“(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...).”⁵*, asimismo *“(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...).”⁶*

55. Este Organismo Nacional ha sostenido que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico 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*

⁵ CrIDH. “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Párrafo 144

⁶ CrIDH. “Caso Familia Barrios Vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

*médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”.*⁷

56. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por personal médico del Hospital General 57, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

B.1. Violación al derecho humano a la vida de V1

❖ CMN “La Raza”

57. A las 21:35 horas de 11 de junio de 2015, V1 ingresó al área de admisión continua del CMN “La Raza”, donde fue valorado su padecimiento con dos días de evolución por el servicio de medicina interna, siendo diagnosticada con: “*cardiopatía isquémica, SICA (síndrome coronario agudo): IAM (Infarto Agudo de Miocardio) CEST (Con Elevación del Segmento ST) anterior extenso*”, razón por la que le realizaron un cateterismo cardiaco urgente (código infarto), la reportaron grave e iniciaron manejo anti isquemia.

58. V1 presentó un nuevo infarto, por lo que le brindaron maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas y avanzadas, sin que se revirtiera el proceso y se determinó como hora del deceso a las 00:20 horas de 12 de junio de 2015, y se establecieron como causas de su muerte: “*enfermedad del tronco, enfermedad bivascular (CD y DA 100%), ICP primaria, stent da endeavor resolute 2.75x24 mm*

⁷ CNDH. Recomendación 75/2017. Párrafo 61.



empalmado 3.0x18 mm exitoso (medicado), choque cardiogénico, infarto agudo de miocardio anterior extenso, infarto inferior de fecha no precisada, hipertensión arterial sistémica”.

59. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, se indicó que el tratamiento que se le dio a V1 en el CMN “*La Raza*” fue adecuada. Sin embargo, AR1, AR2 y AR3, personal médico del Hospital General 57 durante la estancia intrahospitalaria de V1 no interrogó y tampoco exploró de manera adecuada la sintomatología que presentaba y desestimó los factores de riesgo importantes como tabaquismo intenso de larga evolución e hipertensión arterial; además no realizó nuevamente los estudios de laboratorio (determinación de biomarcadores) y de gabinete (electrocardiograma) para descartar o confirmar que cursaba con un síndrome coronario agudo, aunado a que decidió su egreso hospitalario, lo que generó que su evolución fuera tórpida y le provocara un nuevo infarto al miocardio, que trascendió a choque cardiogénico, el cual a pesar de haber sido advertido y manejado en tiempo y forma por personal del CMN “*La Raza*”, derivó en su deceso.

60. De las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2 y AR3 incumplieron el “*Código de conducta para el personal de Salud 2002*”⁸, que en el rubro de “*Estándares de trato profesional*” establece en los puntos 2 y 3 lo siguientes: “*Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta*”, “*Se*

⁸ Emitido en el mes de octubre con la participación de la Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y la Dirección de Vinculación con Gobierno y Sociedad de la SECODAM

apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”.

61. Lo expuesto, evidenció la mala praxis de los médicos que atendieron a V1, de acuerdo al pronunciamiento sostenido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, que establece lo siguiente:

*“MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA. Para la exigencia de responsabilidad en contra de un médico por un diagnóstico equivocado, ha de partirse de si dicho profesional ha realizado o no todas las comprobaciones necesarias, atendiendo al estado de la ciencia médica, para emitir el diagnóstico. La actividad diagnóstica comporta riesgos de error que pueden mantenerse en ciertos casos dentro de los límites de lo tolerable, **sin embargo, existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina.** De lo anterior se colige que el hecho de realizar un diagnóstico sin la diligencia debida por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina”.*⁹

⁹ Tesis Aislada, 1ª. XXVII/2013, Registro 2002570.



(Énfasis añadido)

62. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. En el presente caso, los médicos involucrados, debieron considerar el estado integral de V1, a quien, al no haberle realizado un protocolo de estudios completo, ocasionó un diagnóstico erróneo y el suministro de un tratamiento inadecuado, por lo que el padecimiento evolucionó de manera tórpida hacia su deceso.

63. A fin de garantizar una adecuada atención médica se debe de considerar 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 Unidas¹⁰. 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, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

64. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, en especial, en relación a la meta 3.8, cuya misión es: *“(…) Lograr la cobertura sanitaria universal, (…) incluid[o] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (…)”*.

¹⁰ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.



65. Por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a fin de garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad; por un lado con los avances tecnológicos y científicos se han obtenido progresos en relación al aumento de la esperanza de vida, así como la reducción de algunas de las causas de muerte relacionadas con paros cardiacos, sin embargo, se requiere reforzar los servicios hospitalarios para hacer frente a este tipo de enfermedades.

66. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2 y AR3 vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1 previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud y el contenido de la NOM-004-SSA3-2012, así como 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos al no haberle diagnosticado el infarto que presentaba V1, por lo que no se le brindó un alto nivel de salud lo que derivó en su fallecimiento.

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

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

68. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017¹¹, párrafo 27, considera que “(...) *los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.*”

69. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU ha sostenido 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. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad*”.¹²

70. La NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*” establece 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, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)*”.¹³

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

¹² 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, párr. 12, inciso b, fracción IV.

¹³ Introducción, párrafo dos.



71. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.¹⁴

72. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.¹⁵

73. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y en el caso particular, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas que remitió a este Organismo Nacional el IMSS con motivo de la queja presentada por V1.

¹⁴ CNDH. Recomendación General 29/2017. *Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud.*

¹⁵ *Ibíd*em párrafo 34.



C1. Inadecuada integración del expediente clínico

74. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió en la nota médica de 10 de junio de 2015, AR2 omitió señalar la fecha y hora, los signos vitales, el motivo de la atención médica, el resumen del interrogatorio y la exploración física, los resultados de los estudios que se le realizaron a V1.

75. Derivado de lo anterior, AR2 infringió los lineamientos de los puntos 7, 7.1, 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5, 7.1.6, 7.1.7 de la NOM-004-SSA3-2012, relativo a las notas de urgencias, que establece “ (...) *deberá elaborarla el médico y contener lo siguiente: fecha y hora en que se otorga el servicio (...) los signos vitales (...) el motivo de la atención (...) resumen del interrogatorio, exploración física (...) resultados de los estudios (...) diagnósticos y problemas clínicos (...) tratamiento y pronóstico*”.

76. AR3 incumplió los lineamientos del punto 7.2 de la NOM-004-SSA3-2012, relativo a la nota de evolución y actualización del cuadro clínico. Asimismo, AR2 y AR3 omitieron realizar a V1 una adecuada historia clínica que incluyera un interrogatorio y exploración física, con lo que contravino los puntos 6.1, 6.1.1 y 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012.

77. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen



las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.¹⁶

78. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las cuales se señalaron las omisiones en que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.¹⁷

79. No obstante tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana “*Del expediente clínico*”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.¹⁸

¹⁶ CNDH. Recomendaciones 1/2019, p. 145, 71/2018, p. 243 y 40/2018, p. 222, entre otras.

¹⁷ CNDH. *Ibíd.*, pp. 146, 244 y 223.

¹⁸ CNDH. *Ibíd.*, pp. 147, 245 y 224.

80. En la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”¹⁹, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se sostuvo que: “(...) es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como 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. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.”

D. RESPONSABILIDAD

81. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las acciones u omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación al derecho a la protección a la salud y a la vida por inadecuada atención médica en agravio de V1, así como al derecho de acceso a la información en agravio de V2.

82. Este Organismo Nacional considera que las acciones u omisiones atribuidas a AR1, AR2 y AR3 evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por la autoridad correspondiente de conformidad con lo previsto en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos, y artículo 303 de la

¹⁹ CrIDH. Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 68.



Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, por lo que si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones de la paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

83. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

83.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2 y AR3, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de investigación que en derecho corresponda.

83.2. Denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de los referidos galenos para que se inicie la carpeta de investigación correspondiente, con el objeto de que se determine su responsabilidad penal y, en su oportunidad, se les sancione, para que dichas violaciones no queden impunes.

84. Las autoridades encargadas de realizar dichas investigaciones, deberá tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación para que, en su caso, determine



la responsabilidad de las personas servidoras públicas involucrada en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V1.

85. Con independencia de las determinaciones del Órgano Interno de Control en el IMSS, se deberá anexar copia de la presente Recomendación, en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

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

87. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción 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 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015 y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por inadecuada atención médica en agravio de V1 y a su vida se deberá inscribir a V1 y V2 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que V2 tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

88. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones Manifiestas de las Normas Internacionales de Derechos Humanos y de Violaciones Graves del Derecho Internacional Humanitario a Interponer Recursos y Obtener Reparaciones”*, y en diversos criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

89. En el “Caso *Espinoza González vs. Perú*”, la Corte Interamericana de Derechos Humanos enunció que: “(...) *toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado*”, además precisó que “(...) *las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos*”.²⁰

90. Sobre el “*deber de prevención*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos, sostuvo que: “(...) *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...)*”.²¹

91. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión a los derechos humanos de V1, que se tradujo en su inadecuada atención médica que trascendió a la pérdida de la vida, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

²⁰CrIDH. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

²¹CrIDH. “Caso *Velásquez Rodríguez vs. Honduras*” Sentencia del 29 de julio de 1988, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafo 175.



i. Rehabilitación

92. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, la atención psicológica y tanatológica que requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V1 que derivó en su fallecimiento.

93. Esta atención, no obstante el tiempo transcurrido a partir de que acontecieron los hechos, deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario y deben incluir la provisión de medicamentos.

ii. Satisfacción

94. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa y la denuncia que se presenten ante las instancias referidas y se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

iii. Medidas de no repetición

95. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y



administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, además es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el término de tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, la debida observancia y el contenido de las Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, con especial énfasis en los estándares desarrollados por esta Comisión en la Recomendación General 29 *“sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, emitida el 31 de enero de 2017, a todo el personal médico del Hospital General 57, así como la *“Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica”* y *“Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Estratificación y Tratamiento Hospitalario Inicial de Pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin elevación ST”*, las cuales deberán ser efectivas para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado. Los manuales y contenido de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

96. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, emitir una circular en la que se instruya al personal médico del Hospital General 57 a fin de que adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a los dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.



97. Emitir una circular en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación dirigida al personal médico involucrado del Hospital General 57, en la que se les exhorte entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado y profesional para atender casos similares al presente.

98. Lo anterior, de conformidad con lo previsto por el *“Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”*²², en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

iv. Compensación

99. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar que se le otorgue una compensación a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda por las violaciones a los derechos humanos de V1, que trascendieron a su fallecimiento de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación para que, en el ejercicio de sus atribuciones, proceda conforme a Derecho.

²² Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.



En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral del daño a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, que incluya la compensación, con motivo de las violaciones a los derechos humanos de V1, que trascendieron a su fallecimiento, en términos de la Ley General de Víctimas; se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, se les otorgue atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, en contra de AR1, AR2 y AR3, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore en la integración de la carpeta de investigación con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formulará ante el Agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR1, AR2 y AR3, y remita a esta Comisión Nacional, las constancias que acrediten dicha colaboración.



CUARTA. Se anexe copia de la presente Recomendación, en los expedientes laborales de AR1, AR2 y AR3, y se envíe a esta Comisión Nacional las constancias con que se acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el término de seis meses se adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se giren las instrucciones respectivas para que en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación se emita una Circular al personal médico involucrado en el presente asunto en la que se exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos con diligencia similares al que nos ocupa, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Diseñar e impartir en el término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral al personal médico del Hospital General 57 del IMSS, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos y atención médica; de conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas señaladas en la presente Recomendación. De igual forma, los manuales y el contenido de los cursos deberán estar disponibles de manera electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad, y



se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. Designar 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.

100. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

101. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

102. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta



Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

103. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, 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, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las Legislaturas de las entidades federativas que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ