



RECOMENDACIÓN No. 6/2020

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V1, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN EL HOSPITAL “1° DE OCTUBRE” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO “ISSSTE” EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 19 de Mayo de 2020

**MTRO. LUIS ANTONIO RAMÍREZ PINEDA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO.**

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, primer párrafo, 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 y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2017/832/Q**, sobre la queja de V2.

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 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos 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; así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad responsable
SP	Servidor/a Público/a

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia 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 Regional “1° de Octubre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado “ISSSTE” en la Ciudad de México.	Hospital Regional “1° de Octubre”
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado “ISSSTE”	ISSSTE
Guía de Práctica Clínica para el Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel	Guía de Práctica Clínica para el Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Reglamento de la Ley General de Salud.
Instituto de Ciencias Forenses del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México	Instituto de Ciencias Forenses
Procuraduría General de la República, hoy Fiscalía General de la República	PGR
Agente del Ministerio Público de la Federación	Ministerio Público Federal
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN



I. HECHOS.

5. V1, persona del sexo masculino de 57 años al momento de los hechos, esto es para el 1º de julio de 2016, contaba con los siguientes antecedentes de importancia: enfermedad de adicción al alcohol¹ de larga evolución, portador de cirrosis hepática (hepatopatía crónica) en estudio por clínica de hígado de aproximadamente 4 años de diagnóstico.

6. A las 16:20 horas del 1º de julio de 2016, V1 acudió al servicio de urgencias del Hospital Regional “1º de Octubre” con “*dolor abdominal generalizado*”, fue atendido por AR1 a las 17:30 horas, quien lo reportó con tensión arterial elevada, abdomen globoso a expensas de tejido y dolor abdominal.

7. A las 17:38 del mismo 1º de julio de 2016, AR1 ordenó el egreso de V1 con medicamentos para protección de la mucosa gástrica (ranitidina, paracetamol, metoclopramida, butilhioscina), indicándole cita abierta a urgencias y seguimiento en su Unidad de Medicina Familiar para control.

8. El 2 de julio de 2016, V2, esposa de V1, lo trasladó nuevamente al servicio de urgencias del referido nosocomio, ingresando a las 19:36 horas debido a que presentaba debilidad general, distensión abdominal, dolor abdominal generalizado de 24 horas de evolución, náuseas y vómito de contenido gastro-alimentario con tendencia a la somnolencia.

¹ Enfermedad de adicción al alcohol establecida en el “CIE-10”, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud de 2015.



9. A las 19:40 horas de ese mismo día, personal médico del servicio de urgencias recibió a V1 en malas condiciones generales, sin respuesta a estímulos externos, agónico (patrón respiratorio apnéustico), sin respuesta pupilar a la luz, ni ruidos cardiacos ni pulmonares, reportándolo sin signos vitales.

10. Por lo anterior, ingresó directamente al “*área de choque*”, donde recibió durante 15 minutos maniobras básicas y avanzadas de reanimación con suministro de medicamentos estimulantes de la función cardiaca, sin que respondiera, por lo cual se declaró como hora de su fallecimiento, las 19:50 horas del 2 de julio de 2016.

11. El 20 de enero de 2017, se recibió en este Organismo Nacional la queja presentada por V3, en la cual denunció presuntas violaciones a los derechos humanos en agravio de su progenitor V1 atribuibles a personal del Hospital Regional “*1º de Octubre*”, lo que dio origen a la apertura del expediente CNDH/1/2017/832/Q. El 3 de julio de 2016, se inició la Carpeta de Investigación 1 en la Fiscalía Desconcentrada en Investigación en Gustavo A. Madero, por el delito de “*homicidio culposo por otras causas*” en agravio de V1, cuya competencia se declinó el 15 de ese mismo mes y año, a la entonces PGR para su seguimiento.

12. A fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvieron copias del expediente clínico del ISSSTE e informes respecto de la atención médica brindada a V1, así como en vía de colaboración a la entonces PGR, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de observaciones de la presente Recomendación.



II. EVIDENCIAS.

13. Escrito de queja presentado por correo electrónico el 20 de enero de 2017, a través del cual V3 comunicó a este Organismo Nacional su inconformidad en contra de personal médico del Hospital Regional “1° de Octubre”, con motivo de la atención brindada a su progenitor V1.

14. Acta Circunstanciada de 27 de enero de 2017, a través de la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con V3, en la que ratificó su queja y solicitó que se investigara la “*negligente*” atención médica brindada a V1, en el Hospital Regional “1° de Octubre”.

15. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/00726-4/17 de 29 de marzo de 2017, por el cual el ISSSTE remitió a este Organismo Nacional copia del expediente clínico de V1, del que se destacó lo siguiente:

15.1. Hoja de urgencias de las 16:20 horas del 1° de julio de 2016, en la que AR1 reportó que a las 17:30 horas de ese mismo día, V1 presentó tensión arterial de 127/107 mmHg. y “*dolor abdominal generalizado*”, ordenando su alta a las 17:38 horas con medicamentos, cita abierta a urgencias y la indicación de acudir a su Unidad de Medicina Familiar para control.

15.2. Nota médica de urgencias de las 19:36 horas de 2 de julio de 2016, en la que SP1 asentó que V1 ingresó al “*área de choque*” sin registro de tensión arterial ni pulso, iniciándose las maniobras de reanimación básicas



y avanzadas durante 15 minutos sin que se lograra el retorno a la circulación espontánea, por lo que declaró como hora de su defunción, las 19:50 horas.

15.3. *“Orden de trabajo”* de 3 de julio de 2016, en la que se asentó que la Carpeta de Investigación 1, se inició por el delito de *“homicidio culposo por otras causas”* y se solicitó la fijación del cuerpo del ahora occiso ubicado en el área de mortuorio del Hospital Regional *“1º de Octubre”*.

15.4. Acta de defunción de 3 de julio de 2016, en la cual SP2 asentó como causa de la muerte de V1: *“congestión visceral generalizada”*.

15.5. Escrito del 11 de marzo de 2017, a través del cual SP1 rindió un informe respecto a la atención médica que proporcionó a V1, el 2 de julio de 2016.

16. Oficio DGDH/503/DEC/3477/07-2017 de 11 de julio de 2017, a través del cual la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México adjuntó a este Organismo Nacional, el diverso sin número de 6 de julio de ese mismo mes y año, en el que comunicó que el 31 de agosto de 2016, remitió la Carpeta de Investigación 1 a la entonces PGR, donde se recibió el 13 de septiembre de 2016.

17. Dictamen de necropsia de 3 de julio de 2016, en el que SP2 concluyó que V1 falleció por: *“asfixia por sofocación en su variante de paso de contenido gástrico a vías aéreas”*.



18. Resultados del laboratorio de anatomía patológica de 7 de julio de 2016, en los que un perito forense del Instituto de Ciencias Forenses estableció las alteraciones observadas en el pulmón, corazón, hígado, páncreas y riñón de V1.

19. Resultados del laboratorio químico-toxicológico de 22 de julio de 2016, en el cual un perito químico forense del Instituto de Ciencias Forenses indicó que las muestras de sangre tomadas a V1, dieron negativo a etanol y tóxicos.

20. Nota aclaratoria de 7 de agosto de 2016, en la que SP2 amplió el dictamen de necropsia realizado a V1 y determinó que conforme al resultado de los estudios histopatológicos, su causa de muerte se debió a: *“congestión visceral generalizada”* (la sangre se queda acumulada en los órganos y no retorna al corazón normalmente).

21. Acta Circunstanciada de 25 de enero de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con V3, quien reiteró que a V1 no le fue brindada una adecuada atención médica ya que *“un día antes”*, esto es, el 1º de julio de 2016, acudió a urgencias del Hospital Regional *“1º de Octubre”* donde fue dado de alta y diagnosticado con gastritis.

22. Oficio DNSC/SAD/JSCDQR/DAQMA/992-1/19 de 15 de marzo de 2019, mediante el cual el ISSSTE remitió a este Organismo Nacional, el informe suscrito por la Coordinación de *“Medicina Crítica Adultos y Urgencias”*, del cual se destacó lo siguiente:

22.1. No pudo enviar el informe respecto al actuar de AR1, debido a que el ISSSTE dio por terminada su relación laboral desde hace seis meses (sic).



22.2. No se ha iniciado ningún proceso administrativo ni sanción a los médicos involucrados, al no tener conocimiento del mismo.

23. Opinión médica de 9 de julio de 2019, en la que esta Comisión Nacional estableció las consideraciones respecto a la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital Regional “1º de Octubre”.

24. Actas Circunstanciadas de 9 de septiembre de 2019, en las que personal de este Organismo Nacional hizo constar la recepción del correo electrónico de V3, quien informó que el 5 de ese mes y año, el Ministerio Público a cargo de la Carpeta de Investigación 2, le comunicó que AR1 quería un “*convenio económico*” y agregó que fue remitida a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, donde le dieron ayuda psicológica y se le asignó un “*defensor*”.

25. Acta Circunstanciada de 12 de septiembre de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que V3 remitió vía correo electrónico la siguiente información:

25.1. Entrevista de V3 realizada en la Carpeta de Investigación 2 iniciada en la Agencia Sexta Investigadora Zona Norte de la actual Fiscalía General de la República, de la que se desprendió lo siguiente:

25.1.1. El 5 de septiembre de 2019, V3 ratificó la denuncia presentada el 3 de julio de 2016 en la Carpeta de Investigación 1 iniciada en la Fiscalía Desconcentrada en Investigación en Gustavo A. Madero.



25.1.2. Tuvo a la vista el Dictamen de Medicina -de responsabilidad profesional- de 30 de mayo de 2018, en el que una perito médica oficial de la entonces PGR concluyó que AR1 incurrió en mala praxis médica consistente en negligencia.

25.1.3. Se le comunicó que se daría intervención a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas para que se le brindara asesoría legal y psicológica.

25.1.4. Se le informó que la Carpeta de Investigación 2 podría ser turnada al Órgano Administrativo Desconcentrado Especializado en Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal de esa Institución para *“conciliar un acuerdo reparatorio”* con el imputado, a lo cual manifestó que *“con posterioridad lo haría del conocimiento de dicha Fiscalía”*.

25.2. Dictamen en medicina de 30 de mayo de 2018, emitido por la perito médica oficial de la entonces PGR, de cuyo rubro de antecedentes se desprendió la *“opinión técnica”* elaborada por SP3 adscrita al área del Servicio de Urgencias Adultos del Hospital Regional *“1º de Octubre”*, quien estableció que: *“(…) el abordaje diagnóstico y terapéutico [de V1] fue incompleto e inadecuado (...)”*.

26. Oficio SZN-AI-VI-416/2019 de 5 de septiembre de 2019, por el cual el Ministerio Público Federal adscrito a la Agencia Sexta Investigadora en la Unidad de Investigación y Litigación Zona Norte en la Ciudad de México solicitó a la



Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas de la hoy Fiscalía General de la República, la designación de asesor jurídico y atención psicológica para V3.

27. Oficio FEMDH/DGPCDHQI/DAQI/1792/2019 de 26 de septiembre de 2019, a través del cual la hoy Fiscalía General de la República adjuntó a este Organismo Nacional, el diverso SZN-AI-VI-446/2019 de 26 de ese mismo mes y año, en el cual el Ministerio Público Federal adscrito a la Agencia Sexta Investigadora en la Unidad de Investigación y Litigación Zona Norte sin Detenido indicó que la Carpeta de Investigación 2 se encontraba en etapa de investigación inicial, esto es, en trámite.

28. Acta Circunstanciada de 8 de octubre de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con V3, quien comunicó que a las 11:00 horas del 29 de ese mismo mes y año, se reunirá con AR1 en el Órgano Administrativo Desconcentrado Especializado en Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias, a fin de estar en posibilidad de llegar a un acuerdo para la reparación del daño.

29. Acta Circunstanciada de 10 de octubre de 2019, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que la Ministerio Público Federal, titular de la Mesa VI-UIL en la Subdelegación Zona Norte de la hoy Fiscalía General de la República, anexó vía correo electrónico el diverso SZN-AI-VI-481/2019, en el cual enunció las diligencias contenidas en la Carpeta de Investigación 2, entre las que se destacaron las siguientes:



❖ **Diligencias contenidas en la Carpeta de Investigación 1.**

29.1. Remisión de la Carpeta de Investigación 1 a la Unidad de Atención Inmediata de la Fiscalía Zona Norte de la entonces PGR del 12 de octubre de 2016 por un Ministerio Público del Fuero Común, la cual se turnó el 23 de ese mismo mes y año, a la Agencia Sexta Investigadora en Zona Norte.

29.2. Entrevista a V3 del 3 de julio de 2016, en la que narró lo que le consta respecto a la atención médica de V1 en el Hospital Regional “1º de Octubre”.

29.3. Entrevista realizada a V2 del 3 de julio de 2016, quien corroboró lo manifestado por V3.

29.4. Folio 710/FGAM/GAM-3/2016-7 de 3 de julio de 2016, a través del cual policía de investigación de la Ciudad de México informó que en la entrevista sostenida con V2 y V3 indicaron que a V1 no se le brindó atención médica correcta, lo que ocasionó un diagnóstico erróneo que le provocó la muerte e indicaron que no firmaron el certificado de defunción porque presentaba espacios en blanco.

29.5. Inspección ministerial realizada por un policía de investigación en el área de patología del Hospital Regional “1º de Octubre”, donde tuvo a la vista un cuerpo en una bolsa gris con datos de quien en vida llevara el nombre de V1.

29.6. Necropsia del 3 de julio de 2016, en la que SP2 concluyó la causa de la muerte de V1.



29.7. Acuerdo del 15 de julio de 2016, por el cual un Ministerio Público del Fuero Común declinó competencia de la Carpeta de Investigación 1 a la entonces PGR.

❖ **Diligencias contenidas en la Carpeta de Investigación 2.**

29.8. La Carpeta de Investigación 1 se radicó en la Mesa IV de la Unidad de Atención Inmediata (sic) y el 13 de octubre de 2016, la Titular de la Mesa IV-Norte de la actual Fiscalía General de la República, dictó acuerdo de convalidación.

29.9. Acuerdo de 13 de octubre de 2016, a través del cual la Ministerio Público Federal solicitó a la Policía Federal Ministerial, la investigación de los hechos.

29.10. Oficio PGR/AIC/PFM/UAIOR/DF/RN/1066/2016 de 24 de noviembre de 2016, a través del cual Policía Federal Ministerial informó a la Ministerio Público Federal, las diligencias realizadas con motivo del esclarecimiento de los hechos, destacándose las siguientes:

29.10.1. Entrevista a V3 –sin que se conozca la fecha-, en la cual reiteró que se enteró por V2 de lo acontecido a su progenitor en el Hospital Regional “1º de Octubre” el 2 de julio de 2016.

29.10.2. Entrevista realizada a V2 –sin que se conozca la fecha-, quien refirió que cuando a V1 le pusieron la liga para tomarle la presión, se



convulsionó sin que los médicos lo ayudaran, percatándose que ya no se movía ni respiraba.

29.10.3. Entrevista realizada a V4 -sin que se conozca la fecha-, quien indicó que el 1º de julio de 2016 que acompañó a su padre V1, AR1 sólo le recetó pastillas para la gastritis.

29.11. Oficio PGR/AIC/PFM/UAIOR/CDMX/RN/2105/2017 de 10 de abril de 2017, al que se adjuntó el diverso 090201/3.2/1613/2016, al cual el ISSSTE anexó: copia certificada del historial clínico de V1, los informes rendidos el 28 y 29 de noviembre de 2016, por SP1 y diverso médico del servicio de Urgencias Adultos del Hospital Regional “1º de Octubre” e informó que el 17 de agosto de 2016, AR1 causó baja.

29.12. Folio 11917 de 10 de marzo de 2017, a través del cual la Coordinación de Servicios Periciales en Materia de Medicina Forense de la entonces PGR indicó que para poder determinar una probable responsabilidad profesional médica, en apego a los manuales de solicitudes de periciales requería lo siguiente:

29.12.1. La comparecencia de AR1 para que respondiera los cuestionamientos respecto a su intervención en la atención médica de V1.

29.12.2. Una opinión técnica por la especialidad de urgencias médico-quirúrgicas referente al diagnóstico y tratamiento de sepsis grave, choque séptico y manejo de abdomen agudo no traumático de V1, con base a las



guías de práctica clínica, normas oficiales mexicanas y literatura especializada en el tema.

29.12.3. Ampliación de la conclusión que SP2 realizó en el dictamen médico de necropsia el 3 de julio de 2016, con base en los resultados histopatológicos de V1.

29.13. Oficio PGR/AIC/PFM/UAIOR/CDMX/RN/4851/2017 de 9 de octubre de 2017, en el que se informó que a través del diverso 1039/2017, se requirió al director del Hospital Regional “1º de Octubre” notificara al personal médico involucrado en los hechos.

29.14. Oficio 090201/3.2/0536/2017, sin que se conozca la fecha, a través del cual el director del ISSSTE remitió el diverso 090201 2.8.1/198/2017 con la opinión técnica realizada por SP3 solicitada por Servicios Periciales de la entonces PGR.

29.15. Oficio a través del cual se citó a declarar a AR1 para el 27 de junio de 2016, y en el que personal de la Policía Federal Ministerial asentó que una persona del sexo femenino indicó que, en el inmueble referido como su domicilio, ya no habitaba pero que diría que lo estaban buscando.

29.16. Entrevista realizada a SP2 -sin que se conozca la fecha-, en la cual indicó que respecto a la ampliación de la conclusión de la necropsia que le realizó a V1 con base en los resultados de los estudios histopatológicos, éstos se enviaron al departamento de Patología del Instituto de Ciencias Forenses para su estudio correspondiente.



29.17. Oficio PGR/AIC/PFM/UAIOR/CDMX/RN/4015/2017, sin que se conozca la fecha, a través del cual la Unidad de Análisis Criminal informó dos domicilios registrados a nombre de AR1.

29.18. Oficio dirigido a AR1 -sin que se conozca la fecha- en el que la Policía Federal Ministerial asentó que en el domicilio señalado una persona del sexo femenino manifestó que no habitaba dicha persona y que nunca había escuchado hablar de él.

29.19. Oficio 2509/16 -sin que se conozca la fecha-, mediante el cual personal del Instituto de Ciencias Forenses remitió 4 copias fotostáticas del resultado del estudio histopatológico, así como de la ampliación al dictamen de la necropsia realizada a V1.

29.20. Folio 82333 a través del cual una perito médica oficial de la entonces PGR emitió un dictamen en medicina -de responsabilidad profesional- en el cual entre otras cuestiones, concluyó que AR1 incurrió en mala praxis médica consistente en negligencia.

29.21. Acuerdo de reasignación de expediente (Carpeta de Investigación 2) de 28 de agosto de 2018, elaborado por la Ministerio Público Federal, Titular de la Mesa IV-Norte de la Unidad de Atención Inmediata Zona Norte.

29.22. Acuerdo de “*avocamiento*” de 23 de octubre de 2018, debido a que la Carpeta de Investigación 2 se reasignó a la Agencia VI Investigadora de la Unidad de Investigación y Litigación en Zona Norte en la Ciudad de México.



29.23. Oficio SZN-AI-VI-423/2018 de 5 de noviembre del 2018, a través del cual se citó a V3 a fin de que se le informara el contenido del dictamen en medicina emitido en la entonces PGR, sin que acudiera.

29.24. Oficio SZN-AI-VI-044/2019 de 23 de enero del 2019, en el cual se citó a AR1 a fin de que compareciera a las 10:30 horas del 18 de febrero del 2019 en su carácter de imputado con abogado defensor, sin que acudiera.

29.25. Oficio SZN-AI-VI-137/2019 de 5 de abril de 2019, a través del cual se citó a V3 para que se le informara el contenido del dictamen en medicina emitido en la entonces PGR, sin que acudiera.

29.26. Oficio SZN-AI-VI-138/2019 de 5 de abril de 2019, a través del cual se citó a AR1 con su abogado defensor a las 12:00 horas del 26 de ese mismo mes y año, para que manifestara lo que a su derecho conviniera en calidad de imputado, cita a la cual no acudió.

29.27. Oficio SZN-AI-VI-295/2019, de 3 de julio de 2019, mediante el que se citó a V3 para que se le informara el contenido del dictamen en medicina emitido en la entonces PGR, sin que acudiera.

29.28. Oficio SZN-AI-VI-296/2019 de 3 de julio de 2019, por el cual se citó a AR1 a las 11:30 horas del 30 de ese mismo mes y año, en compañía de abogado defensor y manifestara lo que a su derecho conviniera en su calidad de imputado.



29.29. Entrevista de AR1 de 30 de julio de 2019, quien compareció con abogado particular, y en la cual se reservó su derecho a declarar con relación a la imputación que existe en su contra.

29.30. Entrevista de V3, de 5 de septiembre de 2019, quien ratificó la denuncia presentada ante la Fiscalía Desconcentrada en Investigación en Gustavo A. Madero de la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México el 3 de julio de 2016, haciéndosele saber el contenido de la Carpeta de Investigación 2 y que se daría intervención a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas para que le brindaran asesoría legal y psicológica, informándole que la presente carpeta podría ser turnada al Órgano Administrativo Desconcentrado Especializado en Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal de dicha Institución a efecto de conciliar un acuerdo reparatorio con el imputado.

29.31. Oficio SZN-AI-VI-416/2019 de 5 de septiembre de 2019, remitido a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que le designaran a V3, un asesor jurídico federal y se le canalizara al área de psicología.

29.32. Llamada telefónica del 23 de septiembre de 2019, en la que V3 manifestó que estaba conforme en que se llevara a cabo el acuerdo reparatorio con AR1, por lo que se solicitó que la Carpeta de Investigación 2 se turnara al área correspondiente, manifestando que acudiría el 26 de ese mes y año, sin que hubiera acudido a la cita.

29.33. Oficio SZN-AI-VI-479/2019 de 9 de octubre de 2019, a través del cual se solicitó al Órgano Administrativo Desconcentrado Especializado en



Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en materia Penal de la actual FGR, se realizara un acuerdo reparatorio entre V3 y el imputado AR1.

29.34. Oficio SZN-AI-VI-480/2019 de 9 de octubre 2019, por el que se solicitó a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, diera a V2, V3 y V4 la calidad de víctimas indirectas a fin de que se les brinde atención psicológica, documento entregado a V3.

29.35. Oficio NORTE-OMA-025/2019 de 9 de octubre de 2019, mediante el cual el Órgano Administrativo Desconcentrado Especializado en Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en materia Penal de dicha Institución admitió la petición del acuerdo reparatorio, a fin de solucionarlo a través de una “*salida alterna*”.

30. Acta Circunstanciada de 30 de octubre de 2019, en la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica realizada a V3, quien indicó que se reuniría con personal del Órgano Administrativo Desconcentrado Especializado en Mecanismos Alternos de Solución de Controversias para verificar la posibilidad de llegar a un acuerdo respecto a la reparación de daño, el 19 de noviembre de este mismo año.

31. Acta Circunstanciada de 4 de noviembre de 2019, en la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar la recepción vía electrónica del oficio DGDH/503/DEC/5092/11-2019 de esa misma data, al cual se adjuntó el informe emitido por la Procuraduría General de Justicia de la CDMX respecto a las diligencias realizadas en la Carpeta de Investigación 1.



32. Acta Circunstanciada de 20 de noviembre de 2019, en la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica realizada a V3, quien indicó que respecto a la reunión con el “*presunto responsable*”, propuso el pago de la cantidad de \$450,0000.00 (cuatrocientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.), indicándole la aseguradora, que en dos meses daría respuesta.

33. Acta Circunstanciada de 18 de febrero de 2020, en la cual personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica realizada a V3, quien indicó acudió con personal del Órgano Administrativo Desconcentrado Especializado en Mecanismos Alternos de Solución de Controversias, solicitando la cantidad de \$1,450.000.00 (un millón cuatrocientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.), acordando que se reunirían el 6 de marzo de ese mismo año.

34. Acta Circunstanciada en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica realizada a V3, quien indicó que no se llegó a ningún acuerdo conciliatorio con AR1, por tanto, se le vincularía a proceso.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

35. El 3 de julio de 2016, se inició la Carpeta de Investigación 1 en la Fiscalía Desconcentrada en Investigación en Gustavo A. Madero, por el delito de “*homicidio culposo por otras causas*” en agravio de V1.

36. El 15 de julio de 2016, un Ministerio Público del Fuero Común declinó competencia de la Carpeta de Investigación 1 a la entonces PGR, y el 31 de agosto de ese mismo año, se remitió a dicha Institución.



37. El 13 de septiembre de 2016, la Ministerio Público Federal adscrita a la Mesa IV de la Unidad de Atención Inmediata (sic) radicó la Carpeta de Investigación 1 como Carpeta de Investigación 2 y el 13 de octubre de 2016, la Titular de la Mesa IV-Norte dictó acuerdo de convalidación.

38. El 30 de mayo de 2018, la perito médica oficial de la entonces PGR emitió un dictamen en medicina de responsabilidad profesional, en el cual determinó que AR1 incurrió en negligencia.

39. El 28 de agosto de 2018, la Ministerio Público Federal, Titular de la Mesa IV-Norte, de la Unidad de Atención Inmediata Zona Norte dictó acuerdo de reasignación de expediente, por lo que el 23 de octubre de ese mismo año, diversa Ministerio Público Federal dictó acuerdo de *“avocamiento”* debido a que la Carpeta de Investigación 2 se reasignó a la Agencia VI Investigadora de la Unidad de Investigación y Litigación en Zona Norte en la Ciudad de México.

40. El 9 de octubre de 2019, el Órgano Administrativo Desconcentrado Especializado en Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en materia Penal de la actual Fiscalía General de la República admitió la petición de acuerdo reparatorio entre V3 y el imputado AR1 a fin de que el conflicto se resolviera a través de una *“salida alterna”*.

41. Hasta el momento en que se emite la presente Recomendación, la Carpeta de Investigación 2 continúa en trámite debido a que V3 informó que no llegó a ningún acuerdo con AR1, por lo cual se le vincularía a proceso; adicionalmente tampoco se advirtió que V3 iniciará algún procedimiento administrativo en contra de AR1 con motivo del deceso de V1 en el Hospital Regional *“1° de Octubre”*.



IV. OBSERVACIONES.

42. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2017/832/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con enfoque 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 los criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se contó con evidencias que acreditan las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a AR1 adscrito al servicio de urgencias del Hospital Regional “1° de Octubre”.

42.1. A la protección de la salud de V1.

42.2. A la vida de V1.

42.3. Al acceso a la información en materia de salud en agravio de V2, V3 y V4.

43. Lo anterior en razón a las consideraciones expuestas en el presente apartado:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

44. El artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Federal reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.



45. 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 (...)”*.²

46. Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General 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

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

48. El artículo 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que *“toda persona tiene derecho a que su salud sea*

² Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

³ CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.



preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...) a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

49. El párrafo 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 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 (...)”*⁴

50. En los artículos 10.1 así como en los 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 que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

⁴ *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, aprobada por la Asamblea General de la ONU.



51. La CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”⁵ estableció que: “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

52. En el caso particular, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, adscrito al servicio de urgencias del Hospital Regional “1º de Octubre”, omitió brindar a V1 la atención médica adecuada en su calidad de garante que le confieren las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con los numerales 15 y 65 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, vigente al momento de los hechos, lo que se tradujo en la evidente violación a su derecho humano a la protección de la salud y la consecuente pérdida de la vida, como se acreditará más adelante.

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

53. Previo al análisis de las acciones y omisiones en que incurrió AR1, cabe precisar que V1 presentaba como antecedentes de importancia previo al 1º de julio de 2016: etilismo crónico de larga evolución y portador de hepatopatía crónica en estudio por clínica de hígado con aproximadamente 4 años de diagnóstico.

⁵ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.



❖ **Servicio de urgencias del Hospital Regional “1° de Octubre”.**

54. V1 llegó al servicio de urgencias del Hospital Regional “1° de Octubre” a las 16:20 horas del 1° de julio de 2016, siendo atendido a las 17:30 horas por AR1, quien lo reportó con alteración en la tensión arterial debido a que presentó 127/107 mmHg., siendo lo normal, 120/80 mmHg. y “*dolor abdominal generalizado*”.

55. A la exploración física lo reportó con buena ventilación, abdomen globoso a expensas de tejido adiposo y dolor abdominal, indicándole como plan de tratamiento: ranitidina cada doce horas, así como paracetamol, metoclopramida y butilhioscina cada ocho horas; cita abierta a urgencias y la indicación de que acudiera a su Unidad Médico Familiar para su control, dándolo de alta a las 17:38 horas.

56. En la opinión médica de este Organismo Nacional, se destacó que la atención brindada a V1 fue inadecuada por lo siguiente:

56.1. En cuanto a la temporalidad para brindarle atención médica, V1 fue atendido después de una hora con diez minutos aproximadamente de que llegó al servicio de urgencias del referido nosocomio, por tanto, AR1 incumplió con la Guía de Práctica Clínica para el Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias del Consejo de Salubridad en México, en la cual se indica que la evaluación rápida de la vía aérea, ventilación y circulación; el motivo de la urgencia conforme a lo referido por el paciente y los hallazgos clínicos; la evaluación de los signos vitales y la



asignación del área de tratamiento dentro de urgencias, *“no deben consumir más de 5 minutos”*.

56.2. No obstante, el tiempo que V1 esperó para ser atendido, se advirtió que el rubro de *“condiciones de admisión”* de la nota médica suscrita por AR1 carecía de información respecto al pulso, respiración, perímetro abdominal, Glasgow total (evaluación práctica del nivel de estado de alerta), talla y peso de V1, lo que evidenció que la toma de signos vitales fue incompleta.

56.3. A pesar de que AR1 reportó que V1 presentaba alteración en la tensión arterial, no se advirtió que le brindara alguna medida terapéutica para estabilizarlo, ni mucho menos que hubiere indagado el por qué de dicha circunstancia.

56.4. En cuanto al motivo por el cual V1 acudió a urgencias, esto es, *“dolor abdominal generalizado”*, AR1 omitió considerar que en el *“proceso de asignación de prioridad”* previsto en el triage, dicho padecimiento se contempla en color *“amarillo urgencias”*, por tanto, requería atención médica en los primeros 30 a 60 minutos de que llegó, más aún cuando el simple transcurso del tiempo podría ocasionar que sus condiciones pudieran deteriorarse e incluso poner en peligro su vida.

56.5. Contrario a lo anterior, AR1 se limitó a prescribirle a V1, medicamentos para protección de la mucosa gástrica (ranitidina), gastrocinético (metoclopramida), antiespasmódico o espasmolítico



(butilhioscina), sin que realizara una adecuada semiología del dolor que presentaba.

57. En la precitada opinión médica igualmente se destacó que conforme a la literatura médica especializada, cualquier *“dolor abdominal generalizado”* amerita una adecuada semiología, esto es, un estudio apropiado de los síntomas para establecer un diagnóstico de certeza, descartando padecimientos graves o urgentes que pusieran en peligro la vida de la persona, lo que AR1 no consideró, tan es así que a la exploración física del abdomen de V1 describió como negativas las maniobras que permiten orientar un padecimiento de apendicitis, vesícula biliar, infecciones urinarias (puntos uretrales, Giordano, McBurney y Murphy), limitándose a integrar el diagnóstico de *“dolor abdominal”* y ordenando el egreso de V1 a las 17:38 horas, esto es, ocho minutos después de haberlo valorado.

58. Igualmente se estableció que AR1 pasó inadvertido que cuando V1 acudió al servicio de urgencias, la pancreatitis aguda ya se desarrollaba y estaba caracterizada por el dolor abdominal que presentaba y que al tratarse de una persona con antecedente de etilismo crónico, dicho médico debió haber indagado a través de estudios clínicos el origen de su malestar en lugar de ordenar su alta *“prematura”* como aconteció.

59. Con motivo de la queja que V3 presentó por el fallecimiento de su progenitor, el ISSSTE informó, el 15 de marzo de 2017, a esta Comisión Nacional, que a V1 lo atendió AR1 el 1º de julio de 2016, sin que pudiera remitir el informe correspondiente debido a que dicha persona servidora pública dio por terminada su relación laboral hace seis meses (sic); no obstante, remitió el informe



elaborado por SP1, quien lo valoró el 2 de julio de 2016 y cuya atención en opinión del personal de este Organismo Nacional y de la entonces PGR, fue adecuada para un paciente complicado y en estado crítico.

60. Otro dato indicativo de que la atención médica que V1 recibió el 1º de julio de 2016 fue inadecuada, lo constituyó la opinión técnica⁶ -sin que se conozca la fecha-, elaborada por SP3, quien determinó lo siguiente:

60.1. En cuanto a la presencia de *“abdomen agudo”*, de la nota médica del 1º de julio de 2016, sólo se refirió que V1 presentaba *“dolor abdominal generalizado”*, sin que se estableciera tiempo de evolución o sintomatología acompañante.

60.2. No se contó con auxiliares de diagnóstico como radiografías de abdomen.

60.3. En cuanto al diagnóstico final determinado por AR1, se advirtió que no especificó secundario a qué, V1 presentaba *“dolor abdominal”*, aunado a que las guías nacionales e internacionales recomiendan no medicar al paciente sin diagnóstico definitivo, por lo que se consideró que: *“el abordaje diagnóstico y terapéutico en este paciente fue incompleto e inadecuado”*.

61. Por otra parte, en la Carpeta de Investigación 2, el 30 de mayo de 2018, una perito médica oficial de la entonces PGR emitió un dictamen en medicina

⁶ Contendida en el Dictamen en Medicina realizado el 30 de mayo de 2018 en la entonces Procuraduría General de la República con motivo de la petición realizada en la Carpeta de Investigación 2.



(responsabilidad profesional) de cuyo contenido se destacó lo siguiente:

61.1. Quien valoró a V1 de forma inicial en urgencias, esto es, AR1, no hizo referencia en su nota médica a una semiología (estudio de los síntomas) adecuada, la cual debió haberse centrado en tres puntos esenciales: antecedentes clínicos del paciente, la semiología del dolor y los síntomas asociados.

61.2. Los cuadros que causan dolor abdominal más intenso son: el cólico biliar y renal, la perforación gastroduodenal, la pancreatitis aguda, la peritonitis y el aneurisma de aorta abdominal, apreciándose que, en el caso particular, dicho análisis no fue adecuado por los datos proporcionados en la nota inicial de urgencias.

61.3. Como se trata generalmente de una situación de urgencia, se debe recurrir inicialmente a pruebas elementales y orientativas de realización rápida (biometría hemática, bioquímica, química sanguínea, tiempos de coagulación, examen general de orina, electrocardiograma, radiología simple o ultrasonido), máxime que se trataba de un hospital regional ubicado en una zona urbana, lo cual no se llevó a cabo ni se ordenó por AR1, quien además elaboró un tratamiento sin contar con un diagnóstico confirmado.

61.4. Los hallazgos histopatológicos indicaron que V1 presentó pancreatitis aguda necrótica hemorrágica, considerándose la pancreatitis aguda como grave, ya que abarca desde un dolor abdominal como única manifestación clínica hasta complicaciones sistémicas, cuyas causas generalmente



son: alcoholismo y litiasis biliar.

61.5. Considerando que V1 padecía alcoholismo crónico desde los 17 años, contaba con factores de riesgo para presentar una patología de origen pancreático, biliar o hepático, la cual se agravó al no haber recibido un tratamiento adecuado.

61.6. La literatura médica establece que se deben de realizar estudios básicos de laboratorio (marcadores séricos, química sanguínea, biometría, examen general de orina), auxiliares de gabinete (radiografía de tórax y abdomen) para orientar un diagnóstico diferencial, ingresar al paciente para manejar un protocolo de estudio y evitar un deterioro como el que V1 presentó.

62. En el referido dictamen en medicina, la perito médica oficial concluyó que AR1 incurrió en mala praxis consistente en negligencia, ya que si bien V1 tenía un padecimiento preexistente, el agravamiento que condicionó su fallecimiento está ligado a la falta de apego en el diagnóstico, manejo y tratamiento a la literatura médica.

63. Del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que AR1 incumplió en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27, fracción III, 32, 33, fracción II, 51 y las fracciones I y XII, del numeral 77 bis 37, de la Ley General de Salud, así como los numerales 3, fracción LVI, 64 y 65, del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que en términos generales establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad



idónea e integral, lo cual incluye la *“atención de urgencias”* y actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico temprano y se proporcione un tratamiento oportuno, que cuando por la naturaleza de su padecimiento necesite permanecer en observación del servicio de urgencias, se le otorgará atención médica hasta estabilizarle los signos vitales y eliminar cualquier peligro de muerte, circunstancia que determinará su egreso de dicho servicio, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones expuestas.

64. AR1 igualmente vulneró el punto 4.1.1 de la NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”*, en el cual se define por urgencia, *“todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida (...) y que requiere atención inmediata”*, afirmación a la que se llega porque AR1 no indagó el origen del dolor abdominal que V1 presentó, lo cual condicionó el detrimento de su estado de salud, sin que en momento alguno le asegurara las mejores condiciones de seguridad, prueba de ello es que ordenó su alta médica en lugar de mantenerlo en observación hasta estabilizarlo e indagar la causa de su malestar y de la tensión arterial elevada.

65. Como consecuencia de la inadecuada atención médica que V1 recibió, a las 19:36 horas del 2 de julio de 2016, su esposa V2 lo llevó nuevamente al servicio de urgencias con debilidad generalizada, distensión abdominal, dolor abdominal generalizado de 24 horas de evolución acompañado de náuseas y vómito de contenido gastro-alimentario.



66. V1 fue atendido a las 19:40 horas del mismo 2 de julio de 2016, por SP1, quien lo recibió en malas condiciones generales, sudoroso (diaforético), con palidez generalizada de piel, temperatura corporal disminuida (hipotermia), sin respuesta a estímulos externos, agónico (patrón respiratorio apnéustico), sin respuesta pupilar a la luz, sin ruidos cardiacos ni pulmonares, reportándolo “*sin signos vitales*”, razón por la que ordenó su ingreso directo al área de “*choque*”.

67. Debido a que V1 no registró tensión arterial, ni pulso y que el monitoreo cardiaco presentaba trazo isoeléctrico (sin datos de vitalidad cardiaca), SP1 le realizó maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas y avanzadas durante 15 minutos, sin que se lograra el retorno de la circulación espontánea, declarándose, como fecha y hora de su deceso, las 19:50 horas del 2 de julio de 2016.

68. Al respecto, personal médico de este Organismo Nacional indicó que la atención médica que SP1 proporcionó a V1 el 2 de julio de 2016, fue adecuada y apegada a lo establecido en la Guía de Práctica Clínica para el Manejo Inicial del Paro Cardiorrespiratorio en pacientes mayores de 18 años del Consejo de Salubridad en México, así como a la literatura médica especializada, determinación coincidente con el Dictamen en Medicina elaborado en la entonces PGR.

69. Por lo expuesto, AR1 vulneró el derecho humano a la salud de V1 que derivó en la pérdida de su vida como se analizará enseguida.



B. DERECHO A LA VIDA.

70. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos nacionales e internacionales, por tanto, corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

71. La SCJN ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) 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 (...).”*⁷

(Énfasis añadido).

72. Dicho derecho humano también se encuentra reconocido en el artículo 4.1 de la Convención 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.

⁷ Tesis constitucional. *“Derecho a la vida. supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”*. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011 y registro 163169.



73. 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 (...)”⁸, asimismo, “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)”.⁹

74. 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 médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”.¹⁰

⁸ “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, p.144.

⁹ “Caso Familia Barrios vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, p. 48.

¹⁰ CNDH. Recomendación 75/2017, p. 61.



75. El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud, tienen la profunda interrelación y se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana.¹¹

76. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por AR1 del servicio de urgencias del Hospital Regional “1º de Octubre”, constituyen el soporte que acreditó la violación a su derecho humano a la vida.

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

77. El 2 de julio de 2016, V1 regresó al servicio médico de urgencias del Hospital Regional “1º de Octubre”, donde se le reportó “*sin signos vitales*”, lo que ameritó su atención médica directamente en el área de “*choque*”, donde SP1 le realizó maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas y avanzadas, sin que respondiera, por lo cual declaró, como fecha y hora de su desafortunado deceso, las 19:50 horas de ese mismo día.

78. Con motivo del fallecimiento de V1, personal del ISSSTE avisó a la Fiscalía Desconcentrada en Investigación en Gustavo A. Madero de la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México, a fin de que se corroborara la causa de su muerte, por lo que el 3 de julio del 2016, SP2 emitió un dictamen de necropsia, en el cual concluyó que V1 murió de: “*asfixia por sofocación en su variante de paso de contenido gástrico a vías aéreas*”.

¹¹ “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2017, párrafo 117.



79. El 7 de agosto de 2016, SP2 emitió una ampliación del dictamen de necropsia e indicó que, conforme al resultado de los estudios histopatológicos, V1 presentó edema pulmonar agudo severo, infartos pulmonares y pancreatitis aguda necrótico hemorrágica y estableció que la causa de su muerte se debió a: “*congestión visceral generalizada*”, como se estableció en el certificado de defunción correspondiente.

80. Al respecto, los médicos de este Organismo Nacional indicaron que el edema pulmonar agudo severo y los infartos pulmonares son de elevada mortalidad y en el caso particular, la pancreatitis aguda necrótico hemorrágica que V1 presentó dio manifestaciones tempranas caracterizadas por el “*dolor abdominal generalizado*” que presentó el 1º de julio de 2016, esto es, cuando acudió a urgencias, padecimiento considerado como grave y conforme a la literatura médica universal vigente especializada, fue condicionado y favorecido por el alcoholismo crónico.

81. Desde el punto de vista médico forense y derivado del resultado anatomopatológico de las vísceras de V1, aunado a sus antecedentes clínicos, se pudo establecer que el origen del dolor abdominal que presentó se derivó de la inflamación aguda del páncreas, circunstancia que no fue debidamente estudiada ni protocolizada por AR1.

82. AR1 no consideró en la revisión de V1, la realización de una adecuada exploración física, abordaje clínico apoyado con auxiliares diagnósticos, estudios de laboratorio e imagen, lo que hubiera permitido allegarse de elementos clínicos



para un diagnóstico certero y con ello evitar que el estado de salud de V1 mermara, lo que evidenció inadecuado manejo médico.

83. En ese sentido, la SCJN, ha establecido 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**”.*¹²

(Énfasis añadido)

¹² 10 Tesis Aislada, 1ª. XXVII/2013, Registro 2002570.



84. Con base en lo expuesto, este Organismo Nacional considera que las acciones y omisiones de V1 trajeron como consecuencia el avance del padecimiento que presentó y con ello, la afectación al derecho de protección a su salud que derivó en su fallecimiento, por lo cual se afirma que AR1 incumplió con su deber de garantizar calidad y oportunidad en la atención médica brindada.

85. Asimismo, incumplió con los puntos 2 y 3 del Código de Conducta para el personal de Salud 2002,¹³ en los cuales se prevé la obligación del personal médico para aplicar el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente, apegándose a 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.

86. Así como, la fracción II del artículo 8 y los numerales 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, de los que deriva su responsabilidad por no haberle dado a V1 una atención de salud profesional oportuna y de calidad para su sobrevivencia, máxime que formaba parte de un sector de la población en condiciones de vulnerabilidad por sus antecedentes médicos de adicción al alcohol de larga evolución, particularidad que convertía su situación médica en una real urgencia lo que AR1 omitió considerar al no haber indagado sus antecedentes personales, lo que en consecuencia le genera responsabilidad.

¹³ 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.



87. Cabe mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4º, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restablecer la salud de las personas.

88. En el presente caso, AR1 no consideró el estado de vulnerabilidad de V1, lo que ameritaba la realización de una historia clínica y la solicitud de estudios que le permitieran detectar de manera temprana su padecimiento a fin de que pudiera establecer acciones que evitaran el deterioro irreversible de su estado de salud hasta su fallecimiento, contrario a ello, ordenó su alta médica cuando dada su sintomatología debió haber permanecido en observación para un diagnóstico certero.

89. 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 Unidas.¹⁴

90. 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

¹⁴ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.



implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

91. 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 (...)”*.

92. Por tanto, corresponde al Estado mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo para que se garantice una vida saludable y se promueva el bienestar para todos a cualquier edad; por ello, se requiere reforzar los servicios hospitalarios para que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a los pacientes de manera adecuada y con base en los protocolos existentes para cada padecimiento.

93. De lo expuesto, se concluye que AR1 vulneró 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, constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud, así como en el contenido de la norma oficial mexicana NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”*.



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

94. 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.

95. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,¹⁵ 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.”*

96. En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, ha sostenido que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es 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”*.¹⁶

97. La norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”, establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la*

¹⁵ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

¹⁶ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.



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 (...).¹⁷

98. 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.

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

¹⁷ Introducción, p. dos.



Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.¹⁸

100. 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 el ISSSTE remitió a este Organismo Nacional con motivo de la queja presentada por V3.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

101. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que en la nota de admisión de urgencias del 1º de julio de 2016, AR1 omitió asentar en el rubro de “*condiciones de admisión*” datos referentes al pulso, respiración, perímetro abdominal, Glasgow total (evaluación práctica del nivel de estado de alerta), talla y peso de V1, por tanto infringió los puntos 7, 7.1, 7.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*” que prevén la obligación del médico tratante a establecer los signos vitales, los cuales de utilidad para que se conozcan las condiciones del estado de salud del paciente.

102. AR1 igualmente omitió la realización de una adecuada historia clínica y exploración física como se asentó, contrario a ello, ordenó el alta hospitalaria de V1 en lugar de ordenar estudios para indagar el origen de su dolor generalizado, con lo cual contravino los puntos 6.1, 6.1.1 y 6.1.2, de la referida NOM-004-SSA3-

¹⁸ CNDH, p. 34.



2012, en los que se especifican los requerimientos para el interrogatorio de toda persona.

103. Las omisiones de AR1 impidieron que se determinara la etiología del padecimiento de V1, de ahí que la historia clínica era fundamental para allegarse de un diagnóstico correcto, lo que no aconteció y en ese sentido, el Poder Judicial de la Federación, ha sostenido la importancia de la historia clínica del paciente, en términos de la siguiente tesis en materia civil:

*“MALA PRÁCTICA MÉDICA. AUSENCIA O DEFICIENCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA. La historia clínica constituye el relato patográfico o biografía patológica del paciente, esto es, la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que ostenta un valor fundamental, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también a la hora de juzgar la actuación de un profesional sanitario. **Así, la ausencia o deficiencia de la historia clínica, genera una presunción en contra de los médicos que trataron al paciente, respecto a la existencia de una posible mala práctica médica, pues tal ausencia o deficiencia no puede sino perjudicar a quienes tienen el deber de confeccionarla y asentar en ella todos los pormenores necesarios según la ciencia médica y no al paciente, en atención a que son precisamente los médicos quienes se encuentran obligados a documentar detalladamente el curso del acto médico. De lo anterior se colige que el hecho de documentar un historial clínico de **forma incompleta o deficiente 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”.*¹⁹

(Énfasis añadido).

104. Otro dato que confirma las irregularidades en la integración del expediente clínico de V1, lo constituyó el Dictamen en Medicina de 30 de mayo de 2018, en el cual la perito médica oficial de la entonces PGR asentó que la nota médica del 1º de julio de 2016, elaborada y firmada por el AR1, no cumplía con la Norma Oficial Mexicana ya citada, ya que el abordaje diagnóstico y terapéutico fue incompleto e inadecuado.

105. Por otra parte, tampoco pasó desapercibido para este Organismo Nacional, que de la denuncia presentada por V3 contenida en la Carpeta de Investigación 1, se desprendió entre otras cuestiones, lo siguiente:

105.1. El 2 de julio de 2016, cuando llegó al área de urgencias le solicitó a un médico que le explicara la causa del fallecimiento de su padre, indicándole esta persona que extendería el certificado de defunción sin que le diera alguna explicación.

¹⁹ Registro 2002569. Semanario Judicial de la Federación, Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1.



105.2. Cuando revisó el referido documento, se percató que no tenía la razón ni el lugar del fallecimiento de V1, indicándole al médico que no firmaría ante dichas anomalías.

105.3. El médico contestó que solamente era un “*borrador*” y que en el certificado de defunción plasmaría las causas del fallecimiento de V1, reiterándole V3 que si no ponía dichas causas no firmaría.

105.4. Dicho médico anotó las causas en el “*borrador*” y rellenó el intervalo que indicaba que no era el médico tratante, situación que le molestó a V3, a quien además le comentó que no le podía decir las causas del fallecimiento porque no era el médico que lo había tratado, diciéndole solamente lo que aparecía en el expediente clínico.

105.5. También le dijo que otra persona -sin que especificara quién- le indicó que V1 había ingresado a dicho hospital ya sin vida, lo cual le molestó aún más a V3 porque su madre V2, le informó que su padre había ingresado por su propio pie, por lo cual no firmó el referido documento “*por la desconfianza que me causaron los comentarios de dicho médico*”.

106. Manifestación que tanto V3 como V2 reiteraron al Policía Federal Ministerial que las entrevistó con motivo de la investigación para el esclarecimiento de los hechos, por tanto, deberán investigarse tales aseveraciones a fin de que se deslinde la responsabilidad correspondiente.



107. En ese sentido, la *“Guía de autoaprendizaje para el llenado correcto del certificado de defunción”*²⁰ resalta que el llenado de dicho documento genera repercusiones legales, epidemiológicas y estadísticas, por lo que debe cumplir con los siguientes propósitos básicos:

107.1. Legal: sirve para dar fe del hecho ocurrido ante el Registro Civil donde se levanta el acta de defunción, con el cual puede ser expedido el permiso de inhumación o cremación del cadáver, por lo cual debe elaborarse después de examinar el cadáver, con veracidad y sin omitir ningún dato.

107.2. Epidemiológico: permite tener conocimiento de los daños a la salud de la población, fundamenta la vigilancia del comportamiento de las enfermedades, orienta los programas preventivos y apoya la evaluación y planeación de los servicios de salud.

107.3. Estadístico: constituye la fuente primaria para la elaboración de las estadísticas de mortalidad que se utilizan en la elaboración de las estadísticas vitales.

108. Deberá conminarse a las personas servidoras públicas que los elaboren a ser cuidadosos y apeguen su actuar a las instrucciones y disposiciones legales vigentes en nuestro país, para no generar desconfianza a los familiares de las

²⁰ Elaborado por la Secretaría de Salud, el Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades “CEMECE”, integrado por asesores representantes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática “INEGI”, aplicable al IMSS, ISSSTE, la Secretaría de Defensa Nacional y la Secretaría de Marina.



personas a las que se les realice la necropsia de ley, quienes tienen derecho a acceder a la información referente a la salud y en su caso, causas del fallecimiento de sus familiares.

109. Las irregularidades descritas en la integración de la nota médica contenida en el expediente clínico de V1, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de las y los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, para deslindar las responsabilidades que correspondan, con lo cual se vulnera el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de su atención médica en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

110. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*” ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del 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 las personas usuarias de los servicios médicos.

111. A pesar de tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la referida norma oficial mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma y como parte de la



prevención, la que la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas para que se cumpla en sus términos.

112. Cabe destacar que el 8 de septiembre de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la diversa NOM-024-SSA3-2010, *“que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud”*, la cual también es de observancia obligatoria en el sector público y para quienes presten servicios médicos de los sectores social y privado, que adopten sistemas de registros electrónicos en materia de salud; por ello, es indispensable que el ISSSTE considere su subsecuente aplicabilidad al ser considerado un: *“Sistema Informático que almacena los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser accesado por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integral la atención y cuidados de salud”*.²¹

113. En el caso particular, AR1 incumplió 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 el artículo 252 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio

²¹ Manual del expediente clínico electrónico emitido por la Secretaría de Salud en el año 2011, 1ª edición, p.11.



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; en ese sentido, aun cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

114. Por otra parte, personal médico de este Organismo Nacional asentó las irregularidades que advirtió en el estudio de la necropsia realizada a V1 por personal del Instituto de Ciencias Forenses, como se señalarán enseguida.

❖ **Instituto de Ciencias Forenses.**

115. El fallecimiento de V1 fue considerado como asunto médico legal, por lo que el 3 de julio de 2016, personal del ISSSTE avisó a la Fiscalía Desconcentrada en Investigación en Gustavo A. Madero de la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México, iniciándose la Carpeta de Investigación 1.

116. A las 12:50 horas de esa misma fecha, SP2 realizó la necropsia de ley al cadáver de V1, y concluyó que la causa de su deceso fue: *“asfixia por sofocación en su variante de paso de contenido gástrico a vías aéreas”*.

117. Al respecto, personal médico de este Organismo Nacional advirtió inconsistencias en dicho estudio necroquirúrgico, mismas que se enuncian a continuación:



117.1. El perito médico oficial, no realizó el examen externo del cadáver en el que describiera si se encontraba amortajado, vestido, desnudo, datos de identificación, o si presentaba cicatrices, tatuajes, lunares, o algunas características sobresalientes al exterior ni los antecedentes del hecho.

117.2. Elementos necesarios para un adecuado estudio ya que la literatura médico forense indica que dicho examen externo comprende: inspección detallada antes de iniciar la operación anatómica, nota de las particularidades que pudieran proporcionar indicios relativos a alguna cuestión médica como: identificación del cadáver, fecha, causa de la muerte y aquéllos relativos a las circunstancias de los hechos.

117.3. Al examen interno del cadáver, sólo mencionó que las estructuras halladas de hígado, bazo, **páncreas** y riñones, estaban congestionadas a los cortes, sin que realizara algún otro señalamiento.

117.4. A la disección del esófago, faringe, laríngea y tráquea, precisó que estaban "*libres en su luz*"; sin embargo, a la revisión del tórax, no describió algún hallazgo en la disección de ambos pulmones, como habría de esperarse en un caso de asfixia por contenido gástrico, ya que de haber sido una asfixia habría obstrucción en la "*luz*" por elemento alimenticio similar al encontrado en la cámara gástrica.

118. En la referida opinión médica, igualmente se asentó que SP2 no cumplió los objetivos de la práctica necroquirúrgica, afirmación que encuentra sustento con el resultado de los estudios laboratorio de anatomía patológica realizado a las vísceras del cadáver de V1, en el cual se describieron las siguientes alteraciones:



Pulmón	<i>Edema pulmonar agudo severo (acumulación anormal de líquido en los pulmones que lleva a que se presente dificultad para respirar) e infartos hemorrágicos</i>
Corazón	<i>Trombosis en vaso de pequeños y mediano calibre, así como aterosclerosis coronaria (acumulación de grasas, colesterol y otras sustancias en las paredes de las arterias).</i>
Hígado	<i>Esteatosis mixta severa (hígado graso)</i>
Páncreas	<i>Pancreatitis aguda necrótico hemorrágica con trombosis en vasos de pequeños y mediano calibre</i>
Riñón	<i>Necrosis tubular aguda</i>

119. Tales hallazgos no fueron descritos macroscópicamente por SP2 quien realizó el dictamen de necropsia el 3 de julio de 2016, lo que trajo como consecuencia que el 7 de agosto de 2016, realizara una ampliación de su dictamen, en el que se asentó lo siguiente:

*“(...) EN VIRTUD DE QUE EN EL DICTAMEN DE NECROPSIA LA CAUSA DE MUERTE DICE: ASFIXIA POR SOFOCACIÓN EN SU VARIANTE DE PASO DE CONTENIDO GÁSTRICO A VÍAS AÉREAS, **DEBE DECIR** CONGESTIÓN VISCERAL GENERALIZADA, MISMA QUE OCACIONÓ EL FALLECIMIENTO DE [V1] YA QUE ACUERDO A LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS PRESENTÓ EDEMA PULMONAR AGUDO SEVERO E INFARTOS PULMONARES Y PANCREATITIS AGUDA NECRÓTICO HERMORRAGICA, ENTIDADES CLINICAS QUE CONTRIBUYERON A SU FALLECIMIENTO.”*

(Énfasis añadido)



120. Este Organismo Nacional no soslaya que el personal médico del Instituto de Ciencias Forenses posee autonomía técnica en la realización de sus dictámenes.

121. Sin embargo, se considera que su desempeño debe ser objetivo para que a través del examen técnico-científico externo e interno del cadáver de la persona que se trate, se determine la causa de su muerte partiendo de conocimientos en la especialidad, experiencia en el diagnóstico morfológico y adecuada habilidad técnica a fin de que se logre un desempeño eficaz y expedito de conformidad a lo establecido en los artículos 26 y 28 del Reglamento Interno del Instituto de Ciencias Forenses del entonces Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, en correlación con los numerales 6, 7, fracción I, del 61, fracción I, de la Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México, que en términos generales establecen la obligación de que desempeñen su cargo con esmero, eficiencia, eficacia, objetividad, profesionalismo y con estricto apego a las normas que los rigen, así como se dé cumplimiento a los protocolos y técnicas de autopsias internacionalmente aceptadas y los autorizados preferentemente por el Consejo.

122. Por ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la Presidencia del Poder Judicial de la Ciudad de México, a fin de que se exhorte al personal del Instituto de Ciencias Forenses a seguir los protocolos sobre necropsias para la correcta interpretación de los hallazgos que orienten a la autoridad en la investigación iniciada, contextualicen el caso con la información aportada por la autoridad, como por familiares, entre otros y proceda conforme a sus atribuciones.



D. RESPONSABILIDAD.

123. La responsabilidad de AR1 provino de su omisión de realizar una atención médica a V1 basada en una adecuada exploración física, abordaje clínico apoyado con auxiliares diagnósticos, estudios de laboratorio e imagen que le hubieran permitido emitir un diagnóstico certero, lo que derivó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud que provocó la pérdida de su vida.

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

124.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1 y en contra de quien resulte responsable con motivo de las irregularidades en que incurrió en la atención médica de V1 y en el llenado de la nota médica de admisión a urgencias.

125. La autoridad administrativa encargada de las investigaciones correspondientes, deberán tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación para que, en su caso, determine las responsabilidades de AR1 en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V1.



126. Con independencia de la resolución que emita el Órgano Interno de Control del ISSSTE, deberá anexar copia de la presente Recomendación en el expediente laboral de AR1.

E. REPARACIÓN DEL DAÑO.

127. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la 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 su 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.

128. 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 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 y al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de V1 que derivó en la pérdida de su vida, se deberá inscribir a V2, V3, V4 y demás familiares que conforme a derecho corresponda en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, pues aun cuando el Ministerio Público de la Federación indicó el 9 de octubre de 2019 que se solicitó dicha inscripción, no se cuenta con alguna constancia que demuestre que ya se hubiera otorgado a dichas personas su la calidad de víctimas indirectas, para lo cual, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

129. 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, en su caso, sancionar a los responsables.

130. En el “Caso *Espinoza González vs. Perú*”, la CrIDH asumió 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*”.²²

131. Sobre el “*deber de prevención*”, la CrIDH sostuvo que: “(...) *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...)*”.²³

²² Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

²³ “Caso *Velásquez Rodríguez vs. Honduras*” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.



132. Esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Rehabilitación.

133. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2, V3, V4 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, atención psicológica y tanatológica en caso de que lo requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta su sanación física, psíquica y emocional con motivo del fallecimiento de V1.

134. Esta atención 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.

135. En el presente caso, la satisfacción comprende que el ISSSTE colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presente en contra de AR1 para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos. Asimismo, se deberá dar puntual seguimiento a la Carpeta de Investigación 2 hasta la determinación correspondiente.



iii. Garantías de no repetición.

136. Consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

137. Por tanto, las autoridades del ISSSTE deberán implementar un curso integral en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, a todo el personal médico del servicio de urgencias del Hospital Regional “1º de Octubre”, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como de la aplicabilidad del “Triage”, y uno más relacionado con la aplicabilidad del “Manual del expediente clínico electrónico” emitido por la Secretaría de Salud, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. El contenido de dicho curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultado con facilidad.

138. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal médico del área de urgencias del Hospital Regional “1º de Octubre”, cuando así proceda, 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 similares al que nos ocupa con debida diligencia.

139. Lo anterior de conformidad en 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”*²⁴, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

iv. Compensación.

140. La compensación 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”*.²⁵

141. El ISSSTE en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual se remitirá copia de la presente

²⁴ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.

²⁵ *“Caso Palamara Iribarne Vs. Chile”* Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, p. 244.



Recomendación a esta última para que, en el ejercicio de sus atribuciones, proceda conforme a Derecho.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 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 a V2, que incluya una compensación con motivo del deceso de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, así como se les inscriba al igual que a V3, V4 y demás familiares que conforme a derecho corresponda 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. Colabore con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1 y en contra de quien resulte responsable, así como se deberá dar puntual seguimiento a la Carpeta de Investigación 2 hasta la determinación correspondiente, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

TERCERA. Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el ISSSTE, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en el



expediente laboral de AR1, por lo cual se deberá enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral a todo el personal médico del servicio de urgencias del Hospital Regional “1º de Octubre”, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como de la aplicabilidad del “Triage” y uno más relacionado con la aplicabilidad del “Manual del expediente clínico electrónico” emitido por la Secretaría de Salud los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Se giren las instrucciones respectivas para que en el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita diversa circular dirigida al personal médico del área de urgencias del Hospital Regional “1º de Octubre”, en la que se exhorte, cuando así proceda, 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 con diligencia casos similares al que nos ocupa, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.



SEXTA. Designar 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.

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

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

144. 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.



145. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública 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.

LA PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA