



RECOMENDACIÓN No. 5 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA, AL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 24 DEL IMSS EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, 12 marzo de 2021.

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, segundo párrafo, 6, 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, así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado los elementos de evidencia contenidos en el expediente **CNDH/5/2019/6406/Q**, relativa a la atención brindada a V en el Hospital General de Zona Número 24, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la información Pública; y 3, 16, y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17, y 18 de la Ley General de Protección y Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de



las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para este último efecto, a continuación, se presenta el siguiente glosario de términos con el significado de las claves utilizadas para distintas personas relacionadas con los hechos:

DENOMINACIÓN	CLAVES
Víctima	V
Quejoso/Víctima	QV
Autoridad Responsable	AR
Servidor Público	SP

4. En el presente documento la referencia a distintas instancias públicas se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, los cuales podrán ser identificados como sigue:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	ACRÓNIMO
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Hospital General de Zona número 48, del IMSS en la Ciudad de México	Hospital General 48
Hospital General de Zona número 24, del IMSS en la Ciudad de México	Hospital General 24
Corte Interamericana de Derechos.	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN



NORMATIVIDAD	ACRÓNIMO
NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.	NOM-De campos clínicos, para ciclos clínicos e internado.
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.	NOM-Del Expediente

I. HECHOS.

5. El 7 de julio de 2017, aproximadamente a las 05:05 horas, V, adolescente de dieciséis años de edad con antecedente de ser paciente renal crónico, acudió al área de Urgencias del Hospital General 24 debido a que presentaba dificultad respiratoria y “palpitaciones” de cuatro horas de evolución. A su ingreso se determinó que V presentaba incremento de la presión arterial en 175/145 mmHg, frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto¹ y aumento de la frecuencia respiratoria en 26 respiraciones por minuto²; derivado de lo anterior se establecieron los diagnósticos de insuficiencia respiratoria y emergencia hipertensiva.

6. De acuerdo con el dicho de QV1 y QV2, una hora y treinta y cuatro minutos después de la valoración inicial, es cuando se inicia un tratamiento para la crisis hipertensiva e insuficiencia respiratoria que padecía su hijo V; sin embargo, solo fue posible que el personal médico llevara a cabo una gasometría³, por lo que a las 07:00 horas del mismo día, V presentó un paro cardiorrespiratorio que le causó la muerte, siendo las causas de su deceso: “...Dx. [Diagnóstico] Crisis Hipertensiva de tipo emergencia Edema Agudo Pulmonar IRC EN DPCA [INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA]”.

7. Con motivo de lo anterior, esta Comisión Nacional inició el expediente de queja CNDH/5/2019/6406/Q, y a fin de documentar las presuntas violaciones a derechos humanos se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

¹ Normal entre 60 y 100 latidos por minuto.

² Normal entre 15 y 20 respiraciones por minuto.

³ Es una prueba que permite conocer los niveles de oxígeno, dióxido de carbono y otros componentes en la sangre. A través de ésta se pueden diagnosticar alteraciones metabólicas o una insuficiencia respiratoria.



II. EVIDENCIAS.

8. Escrito de queja recibido el 3 de julio de 2019 en esta Comisión Nacional, a través del cual QV1 y QV2 presentaron queja a favor de su hijo V, por hechos ocurridos en el Hospital General 24.

9. Acuerdo de radicación de 7 de agosto de 2019, suscrito por el titular de la Quinta Visitaduría General de la CNDH, para efectos de lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 88 de su Reglamento Interno.

10. Oficio 09 52 17 61 4C21/2177 de 16 de agosto de 2019, suscrito por la titular del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, mediante el cual remitió copia del expediente clínico integrado a nombre de V en el Hospital General 24, del que destacan las constancias siguientes:

10.1. Nota de valoración de las 05:05 horas del 7 de julio de 2017, elaborada y suscrita por AR1, en la que se estableció como diagnóstico: *“INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, EMERGENCIA HIPERENSIVA”*.

10.2. Nota de ingreso al servicio de Urgencias, sin firma y elaborada por SP a las 05:25 horas del 7 de julio de 2017, en la que consignó como plan de manejo para V: *“Fluidoterapia, manejo de crisis hipertensiva, vigilancia estrecha.”*, así como nota de egreso por defunción, elaborada y suscrita por AR2 a las 07:30 horas del mismo día, en la que estableció como diagnóstico de egreso de V: *“C. Hipertensiva de tipo emergencia / IRC Edema agudo pulmonar / IRC en DPCA”*.

10.3. Nota de indicaciones médicas de las 06:10 horas del 7 de julio de 2017, elaborada y suscrita por AR2, en la que en relación con el paciente solicitó: *“QS, ES, BH y GASA”*, así como tomar *“Rx de tórax, EKG y Diálisis peritoneal con sol dializante al 1.5% y 2.5% alternar...”*.

11. Oficio 09 52 17 61 4C21/0439 de 12 de febrero de 2020, al que la titular de la Dirección Jurídica del IMSS adjuntó copia del acuerdo de 20 de diciembre de 2019, mediante el cual la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo



Técnico del IMSS determinó *“IMPROCEDENTE desde el punto de vista médico”* la queja médica QM de V.

12. Dictamen médico de 10 de marzo de 2020, emitido por un especialista en medicina legal de esta Comisión Nacional, en el que se concluyó, entre otras cosas, que la atención médica que V recibió el 07 de julio de 2017 en el Servicio de Urgencias de Hospital General 24 fue inadecuada y negligente.

13. Acta circunstanciada de 13 de mayo de 2020, en que personal fedatario de este Organismo Constitucional hizo constar la comunicación establecida con QV1 y QV2, vía correo electrónico.

14. Acta circunstanciada de 3 de agosto de 2020, en la que una visitadora adjunta de esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación telefónica sostenida con personal del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, respecto de la determinación a que se llegó el 20 de diciembre de 2019 en el expediente QM.

15. Acta circunstanciada de 25 de noviembre de 2020, en la que una visitadora adjunta de esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación telefónica sostenida con personal del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, respecto de los medios de impugnación que hayan hecho valer QV1 y QV2 en contra de la determinación emitida el 20 de diciembre de 2019 en el expediente QM.

16. Acta circunstanciada elaborada por personal de esta Comisión Nacional el 3 de febrero de 2021, en la que se hizo constar una diligencia telefónica sostenida con la Jefa de Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, quien comentó que el 9 de octubre de 2019, ese Instituto inició la QM con fundamento en lo previsto en el Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. El 9 de octubre de 2019, se inició la QM en la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS, a fin de realizar una investigación relacionada con la atención que se brindó a V en el Hospital General 24.



18. El 20 de diciembre de 2019, dicha Comisión Bipartita acordó como improcedente desde el punto de vista médico la QM relacionada con el caso de V; determinación que fue notificada a QV1 el 6 de marzo de 2020.

19. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se cuenta con constancias que acrediten el inicio de carpeta de investigación y/o procedimiento de responsabilidades administrativas relacionados con los hechos materia de queja.

IV. OBSERVACIONES

20. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2019/6406/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por esta Comisión Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones al derecho humano a la protección de la salud, a la vida, al principio del interés superior de la adolescencia y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V, en atención a las siguientes consideraciones:

A. Derecho a la protección de la salud.

21. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.⁴

22. El artículo 4º de la Constitución Política, en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

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

⁴ CNDH. Recomendaciones: 1/2021, párr. 40; 43/2020, párr. 18; 42/2020, párr. 19; 35/2020, párr. 33; 23/2020, párr. 36; 47/2019, entre otras.



24. En el párrafo primero de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, señala que: *“...la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”*.

25. La SCJN en tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección⁵, expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra *“el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”*, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como *“la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”*.

26. En este sentido, el 23 de abril de 2009 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General número 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se afirmó 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 proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

27. En el caso en estudio, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advierte que, el 7 de julio de 2017, aproximadamente a las 05:05 horas, V, adolescente de 16 años de edad, ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General número 24 debido a que presentaba disnea⁶ y palpitations de cuatro horas de evolución.

28. Sitio donde fue valorado por AR1, quien estableció que V fue sometido a una radiografía de tórax en la que observó *“aumento de trama bronco alveolar”*, por lo que estableció el diagnóstico de *“INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, EMERGENCIA*

⁵ *“Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.”* Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

⁶ Dificultad respiratoria.



HIPERTENSIVA”, sin que se adviertan indicaciones de manejo de AR1 para la atención de dicho padecimiento.

29. Al respecto, el médico legista de este Organismo Nacional señaló que AR1 actuó con mala práctica y fue negligente al no cumplir con los estándares indicados en la literatura médica especializada⁷, ya que, a pesar de haber establecido que V cursaba por una emergencia hipertensiva con datos sugestivos de edema agudo de pulmón⁸, no proporcionó el tratamiento farmacológico y de soporte inicial indicados en el manejo de las emergencias hipertensivas a través de vasodilatadores asociados con un diurético como el “furosemide”; omisión que contribuyó al deterioro en su estado de salud.

30. Ahora bien, a las 05:25 horas del 7 de julio de 2017, V fue valorado por SP, quien lo describió con elevación de cifras tensionales (175/145 mmHg), frecuencia cardiaca y respiratoria iguales a las de su ingreso, edema de leve a moderado en las extremidades y llenado circulatorio retrasado de tres segundos, refiriendo los mismos diagnósticos de AR1 de insuficiencia respiratoria y emergencia hipertensiva, por lo que indicó como plan de tratamiento “*Fuidoterapia, manejo de crisis hipertensiva*⁹, *vigilancia estrecha*” –sin especificarse las medidas terapéuticas empleadas–.

31. Una hora y cinco minutos después de la primera valoración realizada a V en Urgencias, AR2 indicó como tratamiento, según su hoja de indicaciones elaborada a las 06:10 horas del 7 de julio de 2017, la administración de soluciones intravenosas a bajo volumen, protectores de la mucosa gástrica, antihipertensivos orales cada doce horas –nifedipino y prazocin–, diuréticos orales e intravenosos con una dosis inicial de 40 mg para posteriormente dejar 20 mg cada doce horas, oxígeno suplementario y calcio intravenoso; solicitando estudios complementarios de “QS [química sanguínea], ES [electrolitos], BH [biometría hemática] y GASA [gasometría]”, así como tomar “Rx [radiografía] de tórax, EKG [electrocardiograma] y Diálisis peritoneal con sol [solución] dializante al 1.5% y 2.5% alternar...”.

⁷ Protocolo diagnóstico y terapéutico de las crisis hipertensivas en Urgencias M. Fernández Cardona, I. Muñoz Roldán, A. Segado Soriano y V. Palazuelos Molinero. *Medicine*. 2015, 11(90):5399-403; A. Berlango Jiménez, L. J. (2017). Edema agudo de pulmón cardiogénico. En J. M. Luis, *Compendio de Medicina de urgencias*, 4ª. Edición (págs. 48-52). Barcelona: Elsevier.

⁸ Es el cuadro clínico secundario a una insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo, con el consiguiente aumento del contenido líquido en el intersticio y el alvéolo pulmonares. Puede asociarse a insuficiencia del ventrículo derecho.

⁹ Es la elevación aguda de la presión arterial superior a 180/120 mmHg que puede derivar en una lesión de órganos diana (corazón, riñón y cerebro). Engloba cuadros que pueden comprometer la vida del paciente como el edema agudo de pulmón, la cardiopatía isquémica aguda, la disección aórtica, los accidentes cerebrovasculares agudos y la eclampsia.



32. Sobre el particular, el especialista de este Organismo Nacional estableció que los fármacos en el tratamiento de las emergencias hipertensivas cardiovasculares asociadas con edema agudo de pulmón son los vasodilatadores como la nitroglicerina y el nitroprusiato, los cuales asociados con un diurético como el “furosemide”, representan el tratamiento de elección para estos casos. En ese sentido, el médico legista abundó que, en el tratamiento proporcionado por AR2 a V solo se empleó “furosemide” intravenoso, continuando el manejo antihipertensivo a base de “nifedipino”, “prazocin” y “espironolactona” –de administración oral– pese a encontrarse indicado el uso de drogas antihipertensivas intravenosas debido al diagnóstico de emergencia establecido desde un inicio por los médicos tratantes AR1 y SP.

33. Asimismo, en el dictamen médico de esta Comisión Nacional se destacó que, el manejo de las emergencias hipertensivas deberá comprender acciones simultáneas que no deberán retrasar el tratamiento farmacológico consistente en mantener una posición adecuada del paciente, colocar una vía venosa periférica, monitorización continua de la frecuencia y ritmo cardíaco, frecuencia respiratoria y saturación periférica de oxígeno, realizando mediciones de la presión arterial periódicamente y forma horaria, implementando un esquema de control de líquidos y si existe hipoxemia¹⁰ grave administrar oxígeno suplementario.

34. En ese sentido, en el caso que nos ocupa, el médico legista de este Organismo Constitucional puntualizó que si bien las medidas terapéuticas descritas fueron indicadas por AR2 durante su intervención, éste no estableció los tiempos para llevar a cabo la monitorización continua y horaria de los parámetros clínicos antes señalados, a fin de que el personal de enfermería en turno las pudiera seguir, entre ellos, la tensión arterial del paciente; omisión que constituye incumplimiento al artículo 8, párrafo primero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, en el que se señala que el personal de salud deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, de los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes.

35. De igual manera, al no haber hecho constar el control y seguimiento brindado a V respecto de los parámetros clínicos que presentaba, se infringieron los lineamientos establecidos en el numeral 9.1 de la NOM-Del Expediente, que establece: *“Hoja de Enfermería. Deberá elaborarse por el personal en turno, según*

¹⁰ Disminución del oxígeno disponible para las células. Saturación parcial de oxígeno menor a 90%.



la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico...”.

36. En el dictamen médico de esta Comisión Nacional también se estableció que los pacientes que cursan con enfermedad renal crónica –como era el caso de V–, el incremento de la presión arterial representa una complicación comúnmente asociada al cuadro, siendo la sobrecarga de volumen¹¹ una causa de hipertensión arterial, la cual igualmente está relacionada con edema agudo pulmonar.

37. Así, el tratamiento de elección para el edema agudo pulmonar asociado a la sobrecarga de volumen en pacientes que cursan con enfermedad renal crónica terminal sería la diálisis, sobre todo en aquellos casos en los que previamente se recibía terapia renal sustitutiva como ocurría con V; en esas condiciones, la función renal se encuentra sumamente disminuida y los diuréticos –como el “furosemide”– comúnmente utilizados para tratar el edema agudo de pulmón, no son plenamente eficaces debido a las alteraciones renales que presentan los pacientes.

38. En relación con este factor, si bien, en la nota médica inicial de Urgencias de las 06:10 horas del 6 de julio de 2017, consta la indicación de AR2 de practicar a V diálisis peritoneal, no se estableció que debía ser realizada de manera inmediata como parte del tratamiento de urgencia que requería, aunado a que tampoco constató que se le hubiera practicado, ya que no existe en su expediente clínico evidencia alguna de su aplicación como parte del manejo al edema agudo de pulmón e hipertensión arterial que padecía; en ese sentido, el personal médico a cargo de la atención de V en el Hospital General número 24 omitió realizar acciones para garantizarle una atención médica diligente y de calidad, acorde con lo previsto en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que establece que los usuarios de los servicios de salud *“tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable”*.

39. Particularmente, como lo estableció el especialista de esta Comisión Nacional, AR2 incurrió en mala práctica médica y fue negligente, debido a que durante el tratamiento de la emergencia hipertensiva y edema agudo pulmonar asociado que presentaba V, también omitió indicar el uso de vasodilatadores intravenosos – fármacos antihipertensivos considerados de primera línea–, que asociados al uso

¹¹ Incremento en la acumulación de líquidos en el organismo.



de “furosemide”, representan el manejo de elección en los casos de las referidas emergencias hipertensivas; lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud, debido a que no se le proporcionó el tratamiento indicado en la literatura médica especializada.

40. Así, en los artículos 7º fracciones I y II y 8º del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se entiende por servicio de atención médica al *“conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos”*, y para lograrlo, las actividades de atención médica que debe realizar un médico son de tres tipos: preventivas, curativas y de rehabilitación.

41. En el dictamen médico de este Organismo Nacional se estableció que, en el caso de V, era necesario considerar actividades curativas que *“tienen como objetivo efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para la resolución de los mismos”*, y acciones de rehabilitación *“tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental.”*

42. En ese sentido, la obligación de AR1 y AR2 era efectuar un diagnóstico temprano y manejo oportuno a efecto de limitar el daño; situación que en opinión del médico legista no sucedió, ya que al no indicar el uso de vasodilatadores intravenosos y diurético “furosemide” para tratar la emergencia hipertensiva y edema agudo de pulmón que presentaba V –lo que por sí mismo constituyó un acto negligente– aunado a las complicaciones asociadas a la enfermedad renal crónica y condiciones críticas en que arribó a la mencionada unidad hospitalaria, fueron las causas del deterioro de su estado de salud y su posterior fallecimiento.

43. Es importante recordar que conforme al último párrafo del artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, dicho *“Instituto será corresponsable con el personal [médicos, enfermeras y servicios auxiliares](...)...de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes”*.

44. En esa tesitura, la omisión de brindar atención médica especializada con calidad y oportunidad a V, sea por error o falta de pericia de AR1 y AR2, implica responsabilidad institucional para el Instituto, pues contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, toda vez que no se garantizó una atención médica profesional y de calidad para V, acorde con lo previsto en los



artículos 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que en términos generales establecen que los pacientes tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes. De igual manera, la omisión señalada evidenció incumplimiento a la obligación que tiene toda autoridad de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

B. Derecho a la vida.

45. Esta Comisión Nacional recuerda que los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales -como el derecho a la vida¹²-. Los DESC funcionan como derechos “puente” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales, como ocurrió al derecho humano a la vida de V.

46. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y 1 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

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

¹² La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. “*Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*”. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.



48. 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, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión del 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...”*.¹³

49. En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la “Declaración de Ginebra” de 1948, el “Código Internacional de Ética Médica” de 1949, y la “Declaración de Lisboa” de 1981, adoptados por la Asociación Médica Mundial, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes.

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

51. En el dictamen médico de este Organismo Nacional se concluyó que un factor que contribuyó a la pérdida de la vida de V, fue la mala práctica médica en que incurrieron AR1 y AR2, pues, ambos omitieron indicar el uso de vasodilatadores intravenosos asociados con furosemide; tratamiento médico indicado para la emergencia hipertensiva y edema agudo de pulmón que presentaba V.

52. En consecuencia, durante la estancia de V en el Hospital General número 24, los servicios médicos brindados a la paciente fueron inadecuados e inoportunos con relación a la emergencia hipertensiva y edema agudo de pulmón, puesto que, de manera injustificada, se omitió brindarle atención especializada con la calidad y oportunidad que requería, lo que repercutió en el deterioro de su salud y su posterior fallecimiento, vulnerando con ello su derecho humano a la vida.

¹³ “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, Enero de 2011, pág. 24.



C. Violación al principio del interés superior de la niñez.

53. De conformidad con el artículo 4º, párrafo noveno constitucional, *“todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas, tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez”* y todas aquellas acciones de cualquier naturaleza que se implementen para proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

54. El derecho de protección a la salud de la niñez y adolescencia se encuentra reconocido en el artículo 24 de la Convención sobre Derechos del Niño que señala: *“Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”*.

55. En el desarrollo de este derecho, el Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas en la Observación General No.15 “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”, determina que *“[...] la salud infantil desde la óptica de los derechos del niño, en el sentido de que todos los niños tienen derecho a oportunidades de supervivencia, crecimiento y desarrollo en un contexto de bienestar físico, emocional y social al máximo de sus posibilidades.”*

56. Además, interpreta que el derecho de la niñez y la adolescencia a la salud, como *“[...] derecho inclusivo que no solo abarca la prevención oportuna y apropiada, la promoción de la salud y los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación, sino también el derecho del niño a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud [...]”*¹⁴

57. La CrIDH en el “Caso Furlán y Familiares Vs. Argentina” estableció el interés superior de las niñas, niños y adolescentes como *“principio regulador de la normativa de los derechos del niño se funda en la dignidad misma del ser humano,*

¹⁴ Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas en la Observación General No.15 “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”, párr. 2.



*en las características propias de las niñas y los niños, y en la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades”.*¹⁵

58. La SCJN en un criterio jurisprudencial señaló que el concepto del interés superior de la niñez deberá entenderse como: *“el catálogo de valores, principios, interpretaciones, acciones y procesos dirigidos a forjar un desarrollo humano integral y una vida digna, así como a generar las condiciones materiales que permitan a los menores vivir plenamente y alcanzar el máximo bienestar personal, familiar y social posible, cuya protección debe promover y garantizar el Estado en el ejercicio de sus funciones legislativa, ejecutiva y judicial, por tratarse de un asunto de orden público e interés social”.*¹⁶

59. Estos instrumentos legales obligan al estado mexicano, en cada una de sus esferas de actuación, a llevar a cabo acciones encaminadas a preservar y proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes, en todas las esferas de su vida, y, por supuesto en todo momento. Esto es, el interés superior de la niñez, principio rector de protección a estos sujetos, debe guiar todas las políticas, leyes y actuaciones de las autoridades y/o servidores públicos, contemplando en su diseño y ejecución todas aquellas situaciones en las que habrá niños y/o niñas presentes. En cierto sentido, obliga a que cada política sea diseñada y ejecutada pensando en las maneras en que directa o indirectamente afectarán el desarrollo de los niños como miembros de la comunidad, teniendo en cuenta las condiciones especiales de vulnerabilidad a la que están expuestos.

60. El interés superior de la niñez debe ser materializado en todos los ámbitos en que se desarrollen y convivan las niñas, niños y adolescentes, lo que se traduce en la obligación que tienen los padres, tutores, autoridades y servidores públicos que directa o indirectamente intervengan en su desarrollo para satisfacer de manera integral sus derechos, por lo que cualquier decisión de la autoridad debe de estar dirigida a lograr su bienestar en todos los aspectos de su vida.¹⁷

61. Con base en lo anterior, AR1 y AR2, adscritos al Hospital General número 24, al momento de ofrecerle atención médica a V, debieron tener en cuenta que se trataba de una persona que se encontraba en una condición de vulnerabilidad, toda

¹⁵ CrIDH. “Caso Furlán y Familiares Vs. Argentina”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012, párr. 126.

¹⁶ SCJN. Jurisprudencia (Civil). I.5o.C. J/16, (9a.), “INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR. SU CONCEPTO”, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, marzo de 2011, pág. 2188. Registro: 162562.

¹⁷ CNDH. Recomendación: 45/2020, párr. 68.



vez que era un adolescente que presentaba factores de riesgo cardiovasculares con complicaciones asociadas a una enfermedad renal crónica; contrario a ello, ambos galenos omitieron ordenar el tratamiento antihipertensivo indicado para la emergencia que cursaba el paciente, lo que implicó que no recibiera una atención médica de calidad y oportuna, contribuyendo a que su estado de salud se deteriorara y fuera causa de su deceso, por lo que, consecuentemente, se vulneró el principio de interés superior de la adolescencia de V.

62. Esta Comisión Nacional considera que en el presente caso se vulneró el interés superior de la niñez, al no haber establecido por parte del Estado, a través del IMSS, las condiciones mínimas que permitieran a V gozar de servicios de atención médica adecuados, integrales y de calidad, específicamente durante su atención en el Hospital General número 24, habida cuenta del deber que el Estado tiene cuando la atención médica se brinda a niñas, niños y adolescentes. Esto significa que V debió recibir en todo momento el tratamiento que mejor se adecuaba para su bienestar y salud. Situación que no ocurrió y que como consecuencia tuvo una afectación irreversible y permanente en su salud y vida.

D. Derecho de acceso a la información en materia de salud.

63. El artículo 6º, párrafo dos, de la Constitución Política, establece que, *“Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información”* y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

64. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.¹⁸

65. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, previene que, en materia de salud el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*¹⁹

¹⁸ CNDH. Recomendaciones: 43/2020, párr. 68; 35/2020, párr. 111; 23/2020, párr. 91; 26/2019 párr. 63; 21/2019 párr. 62; 5/2019, párr. 42; 1/2018, párr. 74; 56/2017 p. 116.

¹⁹ Observación General 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.



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

67. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*²⁰

68. También se ha establecido en diversas recomendaciones que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²¹

69. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido

²⁰ CNDH. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

²¹ CNDH. Recomendaciones: 43/2020, párr. 72; 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.



sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 1/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 43/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 21/2019, 26/2019, entre otras.

70. En el dictamen médico de este Organismo Nacional se concluyó que existió inobservancia a la NOM-Del Expediente, debido a que en diversas notas médicas del expediente clínico integrado a V en el Hospital General número 24 se omitió plasmar la hora, el nombre completo y firma del médico que elaboró la nota médica correspondiente; algunas de ellas ilegibles, sin manifestar nombre completo del galeno, así como uso excesivo de abreviaturas.

71. La idónea integración del expediente clínico de V es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos del paciente, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.

72. Finalmente, no pasa desapercibido para este Organismo Nacional que en el Hospital General número 24 se incurrió en inobservancia del numeral 5.7 de la NOM-De campos clínicos, para ciclos clínicos e internado: *“Las instituciones de salud deben realizar la evaluación de sus campos clínicos al menos una vez al año y verificar que en ningún caso los alumnos sustituyan al personal de contrato”*; lo anterior, en virtud que el médico interno de pregrado SP realizó la nota médica de ingreso al servicio de Urgencias de 7 de julio de 2017, sin que se haya consignado la firma del médico adscrito.

E. Responsabilidad.

73. La responsabilidad generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos, analizadas y evidenciadas, corresponden a AR1 y AR2, quienes, el 7 de julio de 2017, al ingreso y estancia de V en el Servicio de Urgencias en el Hospital General número 24, omitieron indicar el uso de vasodilatadores intravenosos y diurético “furosemide” para tratar la emergencia hipertensiva y edema agudo de pulmón que presentaba V, lo que contribuyó a que el estado de salud del paciente se deteriorara y fuera causa de su deceso.



74. Este Organismo Nacional considera que las omisiones atribuidas a AR1 y AR2, constituyen evidencia suficiente para concluir que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como servidores públicos, en términos de lo dispuesto por el artículo 7°, fracciones I, V y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y por los similares 303 y 303 A, de la Ley del Seguro Social, en los que se prevé la obligación que tienen las personas servidoras públicas de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones de la paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

75. AR1 y AR2 vulneraron el interés superior de la adolescencia de V, al omitir considerar las condiciones mínimas que le garantizaran servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad, que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud implicaría *“una atención sanitaria de alta calidad que identifique las necesidades de salud de las personas de una forma total y precisa con recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”*²² con la finalidad de generar la seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención médica, con la cual se evita, previenen y mejoran los resultados adversos derivados de procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció.

76. Por lo que hace a la transgresión al derecho de acceso a la información en materia de salud de V, respecto de la inadecuada elaboración de las notas médicas en el Hospital General número 24, que repercute en la integración apropiada de dicho instrumento, el IMSS es responsable solidario del cumplimiento de esa obligación, conforme a lo previsto en las NOM-Del Expediente y NOM-De campos clínicos, para ciclos clínicos e internado, por lo que se tendrán que realizar las acciones pertinentes para erradicar dichas prácticas.

²² Secretaría de Salud: *“Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”*, 2013, página 26.



77. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero, 3º, párrafo tercero, y 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existen elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, formule queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1 y AR2. Lo anterior con la finalidad de que se inicie el procedimiento administrativo de investigación, a efecto de que se determinen las responsabilidades de los servidores públicos que intervinieron en los hechos violatorios a derechos humanos acreditados en el caso.

F. Reparación integral del daño.

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

79. 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 (CEAV), publicado en el Diario Oficial de



la Federación el 15 de enero de 2015 y el “Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y, en consecuencia el derecho a la vida de V, se deberá inscribir a QV1 y QV2, como a quien o quienes acrediten el derecho, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

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

a) Rehabilitación.

81. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar a QV1 y QV2, la atención psicológica y tanatológica que requieran, por personal profesional especializado, y de forma continua hasta que alcance su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a sus necesidades específicas.

82. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos.



b) Satisfacción.

83. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y servidores públicos responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa que se presente para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

c) Medidas de no repetición.

84. Estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

d) Compensación.

85. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a QV1, QV2 y demás familiares que acrediten el derecho, por la mala práctica que derivó en el fallecimiento de V de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia a la citada CEAV de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones.



En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General del IMSS, 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 por los daños causados a QV1, QV2 y familiares que acrediten el derecho, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la mala práctica médica que derivó en el deceso de V, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, se les otorgue la atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas, así como, de ser el caso, la provisión de medicamentos que requieran, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social y si se determina responsabilidad administrativa de AR1 y AR2, por los actos cometidos en contra de V, inmediatamente se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de los servidores públicos, y se deberán enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Diseñar e impartir en el término de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral 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 la debida observancia y contenido de las NOM-Del Expediente, NOM-De campos clínicos, para ciclos clínicos e internado y del contenido de la literatura médica especializada citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico, en particular a AR1 y AR2, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.



CUARTA. En el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal Hospital General número 24, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con objeto de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.

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

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

87. 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.

88. 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.



89. 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, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las Legislaturas de las entidades federativas que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA