

RECOMENDACIÓN No. 82/2022.

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V, ASÍ COMO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QV, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN SAUCILLO, CHIHUAHUA.

Ciudad de México, a 25 de abril de 2022

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 y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 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/PRESI/2019/9137/Q, sobre la atención médica brindada a V en la Unidad de Medicina Familia número 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Saucillo, Chihuahua.

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 4º, 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; 1, 3, 9, 11, fracción VI, 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 de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Dicha información se pondrá en conocimiento de las autoridades recomendadas, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes.

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

CLAVE	SIGNIFICADO
QV	Quejosa/Víctima
V	Victima
AR1 y AR2	Autoridad Responsable

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

NOMBRE	ACRÓNIMO
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH, Comisión Nacional, Organismo Nacional

Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua	Comisión Estatal
Unidad de Medicina Familiar No. 13 del IMSS en Saucillo, Chihuahua.	UMF-13
Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores	Ley del Adulto Mayor
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la Ley General de Salud
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 “Del Expediente Clínico”	NOM-Del Expediente Clínico
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM

I. HECHOS

5. El 4 de septiembre de 2019, la Comisión Estatal remitió, por razón de competencia, el escrito de queja de QV, en el que manifestó que aproximadamente a las 02:30 horas del 8 de julio de ese año, sus familiares acudieron con V, en ese entonces de 71 años de edad, a la UMF-13 debido a que presentaba un fuerte dolor en el pecho y quijada, y fue atendida por AR1, quien sin revisarla le comentó que era “gastritis”¹ y le proporcionó 5 pastillas de “ranitidina”²; posteriormente la dio de alta; sin embargo, alrededor de las 14:00 horas del mismo día, V siguió con dolor y

¹ Conjunto de trastornos caracterizados por la inflamación del revestimiento del estómago

² Medicamento que inhibe la producción de ácido gástrico

la llevaron nuevamente a la UMF-13, siendo atendida en esta ocasión por AR2, quien tampoco revisó a V y confirmó el diagnóstico de “gastritis”.

6. Por tal motivo, los familiares de V la llevaron con un médico particular, quien les dijo que presentaba una arritmia en el corazón y una infección en la garganta, por lo que era urgente que recibiera atención por parte de un especialista en cardiología; no obstante, al salir del consultorio V se cayó y falleció debido a un “*infarto al miocardio*.”³

7. En virtud de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional el expediente CNDH/PRESI/2019/9137/Q y para documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógica-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

8. Escrito de queja del 29 de agosto de 2019, remitido por razones de competencia a este Organismo Nacional por la Comisión Estatal, en la que QV manifestó las irregularidades en la atención médica proporcionada a V en la UMF-13.

9. Certificado de defunción número de folio 190127194, en el que se asentó que V falleció por infarto agudo al miocardio y diabetes mellitus tipo 2, con un intervalo de entre la enfermedad y la muerte de 10 años.

10. Oficio 095217614C21/2960 de 24 de octubre de 2019, suscrito por la jefa de Área de Atención a Quejas CNDH a través del cual el IMSS remitió copia del expediente clínico de V, conformado con motivo de la atención médica que se le brindó en ese Instituto, así como el oficio 081101252110/074/19 de 18 de octubre de 2019, a través del cual la Dirección del UMF-13 de Saucillo, Delegación,

³ Patología que se caracteriza por la muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente una arteria coronaria.

Chihuahua, rindió un informe respecto a la atención médica que se proporcionó a V.

10.1 Nota médica de 8 de julio de 2019, a las 2:15 horas, en la que AR1 plasmó como motivo de consulta dolor abdominal, náuseas, debilidad, malestar general de varios días de evolución, en la exploración física se menciona: consciente, orientada, tegumentos normocrómicos, regular hidratación, orofaringe con discreta hiperemia CS PS normoventilados sin agregados de 20 por minuto de frecuencia, RSCS rítmicos con FC 80/min, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de epigastrio y marco cólico, no masas, ni megalias, peristalsis presente normal. IDX: gastro-colitis. Se indica, dieta sin irritantes, metoclopramida tab. 1 c/8 hrs, ranitidina tab. 1 c/12 hrs, butiliosina tab 1 c/8 hrs, cita con médico familiar para seguimiento, cita abierta a urgencias de persistir con malestar.

10.2 Nota médica de 8 de julio de 2019, a las 15:20 horas, en la que AR2 plasmó que V refiere días previos con dolor retroexternal con irradiación a región escapular de leve a moderada, intensidad, hiporexia, sensación de fiebre, dicho cuadro se agudiza un día previo a la consulta, acompañado de ardor faríngeo valorada en guardia nocturna con DX. PB gastritis, medicada con ranitidina, poca tolerancia al alimento, se comenta un probable proceso infeccioso secundario a estreptococo, se explican probables patologías a considerar por ejemplo ERGE vs gastropatía diabética por años de evolución, así como gastritis farmacológica ya que refiere no consumir omeprazol o ranitidina de forma frecuente. Dx PB esofagitis a descartar gastritis farmacológica, tratamiento ranitidina tab vo c/12 hrs, ciprofloxacino tab 500mg vo c/12 hrs por 7 días, cinitaprida (no se cuenta con el servicio se sugiere administración de esta) cita abierta a urgencias, cuidados generales.

10.3 En respuesta al oficio 1229/CJ/19, la autoridad involucrada informó mediante oficio 095217614C21/2960 de 24 de octubre de 2019, que en las dos notas existentes en la UMF 13 del 8 de julio de 2019, elaboradas por AR1

y AR2, si se realizó exploración física en las dos ocasiones y ambas coinciden que se trataba de una patología gástrica, medicando conforme a la Guía Práctica Clínica ISSSTE 516-11 profilaxis diagnóstico y tratamiento “*gastritis aguda*”, estableciendo manejo domiciliario y no consideraron necesario derivarla a segundo nivel.

11. Dictamen médico de 7 de febrero de 2020, de esta Comisión Nacional en el que se determinó que personal médico de la UMF-13, incurrió en negligencia por omisión, lo que contribuyó al deterioro del estado de salud de V y su posterior fallecimiento.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

12. El 29 de agosto de 2019, QV presentó queja ante la Comisión Estatal, la cual fue remitida, por razón de competencia, a este Organismo Nacional, con motivo de la atención médica proporcionada a V en la UMF 13, del IMSS en Saucillo, Chihuahua, que como consecuencia derivó en su fallecimiento, por lo que se dio inicio al expediente CNDH/PRESI/2019/9137/Q.

13. A la fecha de la emisión de esta Recomendación no se cuenta con evidencia que permita acreditar la existencia de alguna carpeta de investigación ante la autoridad ministerial correspondiente por el fallecimiento de V y/o procedimiento de responsabilidades administrativas, por parte de la Fiscalía General de la República y del Órgano Interno de Control del IMSS, respectivamente, con motivo de los hechos materia de queja.

14. El H. Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS, el 27 de octubre de 2020, resolvió que la queja QC/CHIH/0241-3-2020/NC133-3-2020, en la que se determinó que es improcedente desde el punto de vista médico, por lo que no ha lugar a la indemnización, por lo que hace a la destitución del personal involucrado y cursos de actualización al demás personal,

se hizo del conocimientos al Jefe de Servicios Jurídicos del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en Chihuahua, para que dictamine lo conducente.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE PRUEBAS

15. Del análisis a los hechos de la presente queja se tiene por ciertos en razón de haber sido aceptados por ambas partes y no haber suscitado controversia que V era derechohabiente del IMSS y en esa calidad acudió a consulta el día 8 de julio de 2019, a la UMF No. 13, siendo atendida a las 2.15 hrs, por AR1 quien asentó en su diagnóstico gastrocolitis, posteriormente a las 15:20 hrs del mismo día acudió nuevamente, donde fue atendida por AR2 quien la diagnosticó con esofagitis a descartar gastritis farmacológica.

16.- Así mismo podemos advertir que existe controversia por existir discordancia en los hechos que son expuestos por las partes en razón de no ser aceptados de conformidad por ambas sobre todo en cuanto a la calidad en el servicio que recibió V cuando fue atendida por AR1 y AR2 en la UMF No. 13 señalando la parte quejosa que no fue la idónea, además de haberse realizado un diagnóstico equivoco, afirmaciones que no son aceptadas por la autoridad, los cuales serán sujetos de investigación y análisis en cuanto a las evidencias existentes en el expediente a efecto de poder dilucidar sobre la existencia o no de violaciones a derechos humanos.

17. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/PRESI/2019/9137/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos atribuibles a personal médico de la UMF-13, en agravio de V, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

A) Situación de vulnerabilidad de las personas mayores

18. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad a aquel “estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas”⁴ A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

19. En el sistema jurídico mexicano se define a los grupos en situación de vulnerabilidad como “aquellos núcleos de población y personas que, por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.”⁵

20. Esta Comisión Nacional reconoce que las personas mayores constituyen un grupo en situación especial de vulnerabilidad,⁶ considerando que en México son particularmente susceptibles a “enfrentar situaciones que anulan o menoscaban su dignidad, y su carácter de sujetos de derechos humanos, las cuales constituyen un obstáculo para que disfruten de una vida plena, se garantice el acceso a sus derechos y sean tomadas en cuenta como agentes autónomos participativos en su familia, comunidad y Estado.”⁴

21. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), dispone en su artículo 17 que “toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad, en tal cometido los estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho

⁴ “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, New York, ONU, 2003, párr. 8

⁵ Artículo 5º, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

⁶ CNDH, “Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México”, febrero de 2019, par. 371.

⁴ Ley de los Derechos de las Personas de Adultos Mayores.

a la práctica y en particular: a) Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionárselas por sí mismas...”

22. En la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y El Caribe,⁷ los Estados firmantes (incluyendo a México) acordaron mejorar el sistema de salud, para que responda de manera efectiva a las necesidades de las personas mayores, entre ellas, el acceso preferencial a los medicamentos, equipamientos, ayudas técnicas y servicios integrales, a favor de este grupo de población.

23. El inciso f) del artículo 9 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores,⁸ refiere que los Estados deben capacitar y sensibilizar a funcionarios públicos, a los encargados de los servicios sociales y de salud, que tengan la encomienda de atender y cuidar a las personas mayores, a fin de brindarles un trato digno y prevenir negligencia y acciones o prácticas de violencia o maltrato.

24. La CrIDH ha establecido la importancia de visibilizar a las personas mayores como “...sujetos de derechos con especial protección y por ende de cuidado integral, con el respeto de su autonomía e independencia (...) Por lo tanto, la Corte considera que, respecto de las personas adultas mayores, como grupo en situación de vulnerabilidad, existe una obligación reforzada de respeto y garantía de su derecho a la salud...”⁹

⁷ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, “Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y El Caribe”, San José, Costa Rica, 8 a 11 de mayo de 2012, pág. 23.

⁸ Aunque al momento de los hechos y emisión de la presente Recomendación no ha sido firmada ni ratificada por México, es un referente obligado para los estándares internacionales de protección a las personas mayores.

⁹ “Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile”, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 132.

25. La Primera Sala de la SCJN ha reconocido que la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas mayores obliga al Estado a garantizar su especial protección.¹⁰

26. El artículo 5; fracción III, incisos a) y b), de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, prevé que el derecho humano a la protección a la salud del grupo de población de referencia debe garantizar que tengan acceso a los satisfactores necesarios para su atención integral, considerando los servicios y condiciones humanas o materiales, para lo cual deben tener acceso preferente a los servicios de salud.

27. De igual forma, el artículo 6° de la legislación precitada indica que el Estado garantizará las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social de las personas mayores.

28. La Ley General de Salud, en su artículo 25, ordena que en atención a las prioridades del Sistema Nacional de Salud “se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.”

29. Del análisis a las evidencias reseñadas, se advierte que V, en su calidad de mujer, persona mayor, con 71 años, quien presentaba antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial, requería de atención integral, por la obligación que tienen las autoridades mexicanas de garantizar a estas personas el máximo respeto a sus derechos humanos, incluido el de la protección a la salud, sin haber empleado en su favor los medios necesarios que el prestador debe poner al servicio de su paciente, por lo que no existió oportunidad de atención, incurriendo con ello en negligencia por omisión, situación que contribuyó al deterioro de las condiciones generales de salud de la agraviada, lo cual desembocó en su posterior fallecimiento.

¹⁰ Tesis Constitucional “Adultos Mayores. Al constituir un grupo vulnerable merecen una especial protección por parte de los órganos del Estado”, Semanario Judicial de la Federación, junio de 2015, registro 2009452

B) Derecho a la protección de la salud por inadecuada prestación de servicio médico

30. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.¹¹

31. Por su parte, el numeral 4 de la CPEUM, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.¹²

32. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que *“la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*¹³

33. 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...”*.

¹¹ CNDH, Recomendación 30/2021, párr. 35; 28/2021, párr. 32; 27/2021, párr. 25; 14/2021, párr. 39; 13/2021, párr. 39; 10/2021, párr. 28; 47/2019, párr. 34; entre otras.

¹² “Artículo 1o. Bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

¹³ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14.

34. En la Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, del 23 de abril de 2009, este Organismo Nacional ha señalado que: *“ (...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”*. La protección a la salud *“(..)* es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.” Se advirtió, además, que *“el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”*.

35. En el caso que nos ocupa, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se desprende que V, en ese entonces de 71 años de edad, acudió al servicio de urgencias de la UMF-13 a las 02:15 horas del 8 de julio de 2019, siendo atendida por AR1, quien asentó en su nota médica que V cursaba con un dolor abdominal desde días previos, acompañado con náuseas, debilidad y malestar general; como antecedentes refirió la ingesta crónica de antiinflamatorios y *“diabetes mellitus tipo 2”* en tratamiento, en la exploración física se reportó frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, la faringe con discreta hiperemia;¹⁴ en el abdomen se identificó dolor a la palpación, localizado en *“epigastrio”*¹⁵ y en *“marco cólico”*,¹⁶ por lo que AR1 señaló el diagnóstico de *“gastro colitis”*¹⁷ y prescribió medicamentos para el dolor y las náuseas (ranitidina, metoclopramida y butilhioscina), así como egreso a domicilio y cita abierta al servicio de urgencias en caso de requerir.

¹⁴ Enrojecimiento.

¹⁵ Boca del estómago.

¹⁶ En el trayecto de la porción intestinal llamado colon.

¹⁷ Inflamación del estómago o del intestino debido a una infección.

36. A las 15:20 horas de ese mismo día (8 de julio de 2019), V ingresó nuevamente al servicio de Urgencias del UMF-13, siendo atendida por AR2, quien plasmó en su nota médica que V tenía antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina y “*lumbago crónico*”¹⁸ con tratamiento para dolor (antiinflamatorios y “*gabapentina*”¹⁹); asimismo, señaló que presentaba dolor “*retroesternal*”,²⁰ el cual se irradiaba a región “*escapular*”²¹, acompañado de “*hiporexia*”²², sensación de aumento en temperatura corporal (fiebre) y ardor en faringe. En la exploración física se indicó la presencia de dolor retroesternal cuando se aplicaba presión en la zona referida, el resto de la exploración se refirió normal, incluso el abdomen se reportó sin sintomatología, por lo que se emitió el diagnóstico de “*esofagitis*”²³ a descartar gastritis farmacológica y se prescribió tratamiento para el reflujo y antibiótico; de igual manera, se le dio de alta.

37. Finalmente, de acuerdo con el certificado de defunción, V falleció a las 16:30 horas del 8 de julio de 2018 (45 minutos después de ser atendida por AR2), siendo la causa de su deceso infarto al miocardio de 24 horas de evolución.

38. Al respecto, la especialista de este Organismo Nacional precisó en su dictamen que fue inadecuada la atención médica que AR1 y AR2 le brindaron a V, en virtud de que no realizaron una “*semiología*”²⁴ completa de su padecimiento, ya que mínimamente se debió realizar la toma de signos vitales, así como glucosa capilar, en virtud de que V padecía diabetes mellitus, lo cual, de acuerdo con la literatura médica, existía un alto riesgo de que padeciera una enfermedad cardiovascular.

39. Agregó la especialista de esta CNDH que, respecto a la sintomatología de V, esta refirió que presentaba dolor retroesternal, por lo que sugería en primera instancia un origen cardíaco, por lo que era indispensable realizar los diagnósticos

¹⁸ Dolor en la región de la columna llamado lumbar-

¹⁹ Medicamento originalmente desarrollado para el tratamiento de la epilepsia. Posteriormente se empezó a utilizar para el tratamiento del dolor, especialmente el de origen neuropático.

²⁰ En el pecho

²¹ Comprende todos los tejidos blandos que se superponen en la cara posterior de la escápula (omóplato).

²² Disminución en el apetito.

²³ Inflamación en la mucosa del esófago.

²⁴ Rama de la medicina que se ocupa de la identificación de las diversas manifestaciones de enfermedad.

diferenciales con base en la demás sintomatología, precisando que en las Guías de Práctica Clínica (Enfermedad Coronaria en el Paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 y Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica Crónica) del IMSS, señala que es imprescindible conocer las características de los diferentes tipos dolor torácico con el fin de realizar una adecuada aproximación de diagnóstico clínico y evitar sesgos o dilación en el establecimiento del manejo específico.

40. En ese sentido, en el dictamen médico de esta Comisión Nacional se señaló que se debió realizar un diagnóstico diferencial con reflujo gastroesofágico, en virtud de que V presentaba síntomas que indicaban que presentaba con una enfermedad cardiaca, dado que cursaba dolor retroesternal, cambios de temperatura y reflujo; no obstante, la omisión de AR1 y AR2 de realizar una exploración física e interrogatorio completo, aunado a que no solicitaron un electrocardiograma para descartar el diagnóstico (pese a que la normativa del IMSS aplicable refiere que ese estudio debe ser realizado en los tres niveles de atención, ya que es el elemento más útil para la complementación diagnóstica de pacientes con dolor torácico), lo anterior, trajo como consecuencia que la salud de V se deteriorara y que sufriera un infarto al miocardio, lo cual fue la causa de su fallecimiento, contraviniendo lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III; 32, 33, fracciones I y II; 51, 77 bis, de la Ley General de Salud y 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, constitucional, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), así como la Observación General 14 “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

C) Derecho a la vida

41. Como lo ha destacado esta Comisión Nacional los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales -como el derecho a la vida²⁵, estos funcionan como derechos “puente” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de estos por parte de los Estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales, como ocurrió al derecho humano a la vida de V.

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

43. La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. Debido a dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio²⁶, entendiéndose con ello que, los derechos a la vida y a la integridad personal se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de esta.

²⁵ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite 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 Ximénez López Vs. Brasil”. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

²⁶ CrIDH, “Caso González y otras (Campo Algodonero) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 245.

44. Por su parte, 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...”*.²⁷

45. 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.

46. 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, personas servidoras públicas adscritas a la UMF-13, también son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida.

47. Esta Comisión Nacional observó que la inadecuada atención médica que se brindó a V por parte de AR1 y AR2, consistente en omitir realizar una exploración adecuada, así como la toma de signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura corporal y presión arterial), impidió la detección de la arritmia cardíaca que presentaba V, lo que provocó que su estado de salud se deteriora hasta originar un infarto al miocardio, lo cual fue la causa de su fallecimiento, por lo que se vulneró el derecho humano a la vida de V,

²⁷ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Registro 163169. Tesis P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, pág.24.

transgrediendo lo señalado en los artículos 1º, párrafo primero y 29 de la Constitución Política; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, que establecen el deber positivo del Estado de Adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.

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

48. 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.

49. 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.²⁸

50. 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.”*²⁹

51. Por otra parte, se debe considerar que la NOM-Del Expediente Clínico advierte *“(…)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*

²⁸ CNDH. Recomendaciones: 28/2021, párr. 102; 6/2021, párr. 78; 5/2021, párr. 64, entre otras.

²⁹ 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.

estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”

52. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente o historial clínicos es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”*³⁰

53. 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.³¹

54. 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 Clínico, 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 sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 5/2021, 1/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 21/2019 y 26/2019.

³⁰ CNDH. Del 31 de enero de 2017, párr. 35.

³¹ CNDH, Recomendación, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.

55. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que, AR1 y AR2 emitieron su nota del servicio de Urgencias con abreviaturas y omitieron asentar la toma de temperatura corporal y presión arterial, por lo que se transgredió lo dispuesto en los artículos 5.1 y 7.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

56. La idónea integración de los expedientes clínicos es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la citada norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.

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

E) Responsabilidad

58. Tal y como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, adscritas a la UMF No. 13, fueron omisas en proporcionar a V la atención médica adecuada que permitieran prevenir las complicaciones que desencadenaron el deterioro de su salud y culminó con la muerte.

59. En el caso existen evidencias que permiten establecer que AR1 y AR2 omitieron desempeñar con la debida diligencia las obligaciones contenidas en los artículos 7, fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas y 303 de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación de los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

60. De igual forma, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, 73, 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, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie e integre el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra de AR1 y AR2, cuya intervención y responsabilidad se describen en esta Recomendación.

61. Este Organismo Nacional advierte además responsabilidad institucional a cargo UMF-13 al incumplir con lo establecido en la “*NOM-009—SCFI-1993 medición-esfigmomanómetros de columna de mercurio y de elemento sensor elástico para medir la presión sanguínea del cuerpo humano*”, el objetivo de esta norma es establecer las especificaciones mínimas que deben de cumplir los esfigmomanómetros que se utilizan para medir la presión sanguínea del cuerpo humano, en el presente caso al no contar con Baumanómetro para la toma de signos vitales en la unidad donde se encontraba en consulta V, la actuación no fue acorde, eficiente, y responsable en aras de garantizar y salvaguardar su derecho a la protección de la salud y la vida.

62. Lo anterior se traduce en violación a lo establecido por el artículo 26 del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica que establece: “*Los establecimientos que presten servicios de*

atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría”, como se desprende en nota médica de las 17:45 horas de fecha 8 de julio de 2019, AR2 plasmó que en el consultorio no se contaba con Baumanometro, por lo que, al carecer la UMF-13 del instrumento médico imprescindible para la toma de presión, la institución a cargo de dicho nosocomio incurrió en inobservancia a dicha normatividad, faltando al principio de eficiencia en la prestación del servicio.

63. Ha quedado evidenciada la responsabilidad individual de las personas servidoras públicas que se tradujeron en violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por inadecuada prestación de servicio médico, a la vida, y al acceso a la información en materia de salud, que dan sustento a la responsabilidad institucional, en términos de lo establecido por el artículo 1 párrafo tercero de la CPEUM del cual se desprende la obligación de la autoridad de respetar, proteger y garantizar el goce de los derechos humanos, cuando ello se incumple se traduce en deberes de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos. Además, atendiendo a las reglas del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, la acción u omisión de la autoridad constituye un hecho imputable al Estado que compromete su responsabilidad.

F) Reparación integral del daño

64. 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 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.

65. 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 demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y, en consecuencia el derecho a la vida de V, este Organismo Nacional reconoce el carácter de víctimas a la quejosa y agraviada por lo que se deberá inscribir a QV en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

66. Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas, 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, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

67. Asimismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social, deberá solicitar a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV para que dicho Instituto realice el pago por concepto de las violaciones a derechos humanos que fueron objeto por parte del personal del IMSS, de conformidad con los artículos 81 y 89 de la Ley General de Víctimas.

a) Medidas de rehabilitación

68. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas, así como del artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido. La rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

69. En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar atención médica, psicológica y tanatológica a QV por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado.

70. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, 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, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de compensación

71. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III y 64, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”.³²

72. La compensación debe ser apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, así como, por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos de conformidad con lo indicado en la fracción III del artículo 27 y del 64 de la Ley General de Víctimas.

73. Para tal efecto, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a QV 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 de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, hecho lo anterior, se deberán remitir las constancias con que se acredite su cumplimiento, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

³² Caso Bulacio Vs. Argentina, *Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Párrafo 90.

c) Medidas de satisfacción

74. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73 de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

75. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la queja que este Organismo Nacional presente en el Órgano Interno de Control de ese Instituto, en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación.

d) Medidas de no repetición

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

77. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el plazo de tres meses después 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 Normas Oficiales Mexicanas citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y administrativo de la UMF-13, 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; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

78. Asimismo, en el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS en Chihuahua, particularmente de la UMF-13, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes para satisfacer los tratamientos médicos, 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.

79. En virtud de que AR1 y AR2 transgredieron lo dispuesto en el artículo 51 de la Ley General de Salud que establece que *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable...”*, lo cual provocó la conculcación de los derechos humanos a la salud, a la vida y al acceso a la información en materia de salud de V.

80. 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, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral del daño causado a QV, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el deceso de V, en términos de la Ley General de Víctimas, se le inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue atención psicológica y tanatológica que requiera QV por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas, así como proveerle de los medicamentos convenientes a su situación. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1 y AR2, que el 8 de julio de 2019 atendieron a V, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación y, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Se colabore en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional presente ante la Fiscalía General de la República, en contra del personal médico, y quien resulte responsable por las acciones y omisiones cometidas durante la atención de V, que derivaron en la pérdida de su vida y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

QUINTA. Diseñar e impartir en el término de tres 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 de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la Norma Oficial Mexicana citada en esta Recomendación, al personal médico de la Unidad de Medicina Familiar número 13 del IMSS involucrado en la atención brindada a la agraviada, en particular a AR1 y AR2 que el 8 de julio de 2019 atendieron a V, el cual deberá ser

efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal del consultorio No. 1 de la Unidad de Medicina Familiar número 13 del IMSS, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-Del Expediente Clínico; 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.

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

81. 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 tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero, Constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

82. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación

de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

83. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

84. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MARIA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA