



RECOMENDACIÓN No. 34/2019

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 ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V1, PERSONA CON DISCAPACIDAD, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 37 Y EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 2, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN HERMOSILLO, SONORA.

Ciudad de México, a 20 de junio de 2019

**LIC. 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; 1º, 3º, 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/1/2016/6870/Q, sobre el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, 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 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 que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son los siguientes:

Denominación	Claves
Víctima	V
Quejoso	Q
Autoridad responsable	AR
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS

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

Institución	Acrónimo
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Unidad de Medicina Familiar 37 del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Unidad de Medicina Familiar 37
Hospital General de Zona 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital General 2
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "Del Expediente Clínico".	NOM-004-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002 "Para la vigilancia epidemiológica prevención y control de enfermedades transmitidas por vector."	NOM-032-SSA2-2002
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Reglamento de la Ley General de Salud.
Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.	Reglamento de Prestaciones Médicas
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH

I. HECHOS.

5. El 2 de agosto de 2016 a las 09:39 horas, V1, adolescente entonces de [REDACTED] años de edad, con "[REDACTED] e [REDACTED]" y con [REDACTED] que le causó baja [REDACTED] acudió **por primera vez** a la Unidad de Medicina Familiar 37 debido a que presentaba [REDACTED], [REDACTED] y en las articulaciones de 4 días de evolución, donde fue valorada por AR1, quien le diagnóstico "[REDACTED]" y le prescribió un tratamiento farmacológico para la fiebre y la envió a su domicilio.

6. A las 12:34 horas de 4 de agosto del 2016, V1 acudió por **segunda ocasión** a la Unidad de Medicina Familiar 37, donde fue atendida por AR2, quien la reportó

con alteración en la frecuencia cardíaca (145 latidos por minuto, adecuado 70 a 100 latidos), le diagnosticó "[REDACTED] de origen desconocido y plaquetopenia" (disminución de células plaquetarias) y la refirió al Hospital General 2.

7. A las 16:00 horas del 4 de agosto de 2016, V1 ingresó **por primera vez** al servicio de urgencias del Hospital General 2, donde AR3 la encontró con [REDACTED] no cuantificada, [REDACTED] e [REDACTED] mgHg (normal [REDACTED] 0), le diagnosticó [REDACTED] (...)” y solicitó estudios de laboratorio, reportándola delicada.

8. A las 21:15 horas del 4 de agosto de 2016, AR4 reportó a V1 con hiperemia (aumento de sangre en el ojo izquierdo) y “plaquetas 45ml”, por lo que le diagnosticó “dengue no grave” y ordenó su alta con cita abierta a urgencias, sin haber confirmado o descartado tal padecimiento.

9. A las 08:05 horas del 5 de agosto de 2016, los familiares de V1 la llevaron por **tercera vez** a la Unidad de Medicina Familiar 37, donde los estudios de biometría hemática mostraron que presentaba [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] (disminución de leucocitos), [REDACTED] de [REDACTED] [REDACTED] en la sangre), se le diagnosticó [REDACTED] en fase crítica [REDACTED] [REDACTED]” y canalizó mediante una ambulancia al segundo nivel de atención.

10. A las 08:32 horas del 5 de agosto de 2016, V1 ingresó por **segunda ocasión** al servicio de urgencias del Hospital General 2, donde fue valorada por AR5, quien la reportó grave con alteraciones [REDACTED],

taquicardia, le diagnosticó [REDACTED] con características [REDACTED] contra [REDACTED] a, contra [REDACTED] (enfermedad transmitida por la mordedura de una garrapata), sin que hubiera realizado las pruebas que le hubieran permitido comprobarlo o descartarlo.

11. A las 10:00 horas de la misma fecha, AR6, médico del servicio de epidemiología del referido nosocomio valoró a V1, a quien encontró con sintomatología y cuadro clínico de [REDACTED] de [REDACTED] grave”, le realizó un estudio epidemiológico y una toma de muestra para confirmar tal padecimiento.

12. A las 11:00 horas del 5 de agosto de 2016, V1 fue valorada por el servicio de hematología del Hospital General 2, donde se asentó como antecedente de importancia referido por su madre que “[REDACTED] [REDACTED]”.

13. A las 13:40 horas de la misma fecha, AR7 asentó en su nota médica que V1 presentó “[REDACTED]” y alteraciones en la consciencia, le aplicó [REDACTED] (sedante), sin referir un dato clínico y determinante para prescribir dicho fármaco.

14. A las 22:40 horas del 5 de agosto de 2016, V1 fue valorada por el servicio de urgencias del Hospital General 2, donde la reportaron bajo sedación, hipotensión arterial, taquicardia e integraron el diagnóstico “[REDACTED] (...) probablemente por [REDACTED]”.

15. El 6 de agosto de 2016, V1 presentó paro cardiorrespiratorio no reversible a maniobras de reanimación y falleció a las [redacted] parentesco [redacted] horas de esa fecha, asentándose como causas de muerte [redacted] y [redacted] [redacted] ”.

16. Se confirmó el diagnóstico erróneo de V1 con el resultado del estudio de laboratorio de 9 de agosto de 2016, en el cual se determinó que la muestra tomada el 5 del mismo mes y año, [redacted]

17. El 16 de agosto de 2016, V4 presentó una queja ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sonora, que se registró con el expediente CEDH/I/22/01/0955/2016, la cual por razón de competencia se recibió en este Organismo Nacional el 19 del mismo mes y año, y se radicó bajo el expediente CNDH/1/2016/6870/Q.

18. A fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos se obtuvieron informes y los expedientes clínicos que remitió el IMSS, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

19. Escrito de queja de V4, recibido en este Organismo Nacional el 19 de agosto de 2016 proveniente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sonora, en

el que relató la inadecuada atención médica proporcionada a su hermana V1 en la Unidad de Medicina Familiar 37 y el Hospital General 2, que derivó en su deceso.

20. Oficio 095217614BB1/2500 de 31 de octubre de 2016, mediante el cual el IMSS adjuntó el expediente clínico de V1 integrado en la Unidad de Medicina Familiar 37, del que destacan las siguientes constancias:

20.1. Nota médica de las 09:39 horas de 2 de agosto de 2016, en la cual AR1 diagnosticó a V1 “*[redacted] no especificada, [redacted]*”.

20.2. Estudio de hematología de 2 de agosto de 2016, que reportó a V1 con *[redacted]* de *[redacted]* y *[redacted]*).

20.3. Nota médica de las 12:34 horas de 4 de agosto de 2016, en la que AR2 diagnosticó a V1 *[redacted] de origen desconocido y [redacted]*”.

20.4. Hoja de “Referencia Contrarreferencia” de 4 de agosto de 2016, elaborada por AR2, en la que refirió a V1 al Hospital General 2 con el diagnóstico “*[redacted]*”.

20.5. Nota médica de urgencias de las 08:05 horas de 5 de agosto de 2016, realizada por la Unidad de Medicina Familiar 37, en la que se diagnosticó a V1 “*[redacted]*”.

20.6. Informes elaborados por AR1 AR2 y AR5, en los que asentaron su intervención sobre la atención médica a V1.

21. Oficio 095217614BB1/2500 de 31 de octubre de 2016, mediante el cual el IMSS adjuntó el expediente clínico de V1 integrado en el Hospital General 2, del que destacan las siguientes constancias:

21.1. Nota de ingreso a urgencias de las 16:00 horas de 4 de agosto de 2016, en la que AR3 diagnosticó a V1 [REDACTED] (...) [REDACTED] [REDACTED] ”.

21.2. Examen de hematología de las 07:36 pm (sic) de 4 de agosto de 2016, el cual reportó que V1 presentaba [REDACTED] [REDACTED] y [REDACTED] [REDACTED] .

21.3. Nota de alta de las 21:15 de 4 de agosto de 2016, en la que AR4 diagnosticó a V1 “ [REDACTED] ” y ordenó su alta con cita abierta a urgencias.

21.4. Triage (área en la que se clasifica la urgencia de mayor a menor gravedad) y nota inicial del servicio de urgencias de las 08:32 horas de 5 de agosto de 2016, en la que AR5 diagnosticó a V1 [REDACTED] [REDACTED] ”.

Información censurada en términos de lo dispuesto por el artículo 113 FI de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, toda vez que se trata de información clasificada como confidencial: condición de salud, reporte médico.

21.5. Notas médicas y prescripción de las 09:10 horas de 5 de agosto de 2016, en la cual AR5 reportó grave a V1.

21.6. Nota médica de las 10:00 horas de 5 de agosto de 2016, en la que AR6 asentó que V1 presentaba un cuadro clínico de [REDACTED]

21.7. Nota de gravedad de las 13:40 horas de 5 de agosto de 2016, en la que AR7 asentó que V1 presentó [REDACTED] y alteraciones en la consciencia, por lo que aplicó un sedante.

21.8. Nota de valoración de la “UCI” (Unidad de Cuidados Intensivos) de las 13:59 horas de 5 de agosto de 2016, en la cual se reportó a V1 con taquicardia severa, leucopenia y plaquetopenia severa.

21.9. Nota de evolución de urgencias de las 22:40 horas de 5 de agosto de 2016, en la que el servicio de urgencias diagnosticó a V1 [REDACTED]

21.10. Nota de defunción de V1, de 6 de agosto de 2016, en la que se estableció como hora y causas de su fallecimiento las [REDACTED] horas [REDACTED]

21.11. Estudio de laboratorio de 9 de agosto de 2016 (posterior al deceso de la paciente), en el que se determinó que la muestra tomada a V1 el 5 del mismo mes y año, resultó negativo al diagnóstico de [REDACTED] ue.

22. Oficio 095217614BB1/2312 de 7 de octubre de 2016, en el cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional los escritos mediante los cuales la Delegación Sonora, la Dirección de la Unidad de Medicina Familiar 37 y el Hospital General 2 informaron la atención médica otorgada a V1.

23. Oficio 095217614BB1/2105 de 2 de agosto de 2017, mediante el cual el IMSS informó a este Organismo Nacional que el 10 de abril de 2017 la Comisión Bipartita del H. Consejo Técnico determinó procedente la queja de V4; adjuntó los diversos de 18 y 21 de julio del mismo año, en los cuales se dio vista al Órgano Interno de Control y el Director del Hospital General 2 acreditó con constancias la implementación de medidas preventivas.

24. Oficio 095217614C21/2890 de 15 de noviembre de 2018, en el cual el IMSS comunicó a este Organismo Nacional que V2 y V3, [parentesco] de V1 interpusieron procedimiento de reclamación por responsabilidad patrimonial del Estado, misma que se declaró procedente, pero infundada el 6 de agosto de ese año.

25. Opinión Médica de 7 de febrero de 2019, de este Organismo Nacional, sobre la atención médica que se proporcionó a V1 en la Unidad de Medicina Familiar 37 y en el Hospital General 2.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

26. El 16 de agosto de 2016, V4 presentó escrito de queja ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sonora, la cual por razón de competencia se

remitió a esta Comisión Nacional, donde se recibió el 19 del mismo mes y año por la inadecuada atención médica brindada a V1 que derivó en su fallecimiento.

27. El 2 de agosto de 2017, el IMSS comunicó a este Organismo Nacional que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente el 10 de ese mes y año, determinó la queja de V4 como procedente desde el punto de vista médico.

28. El 14 de diciembre de 2018, el IMSS informó a esta Comisión Nacional que el 6 de agosto del mismo año, se determinó procedente pero infundada la reclamación de responsabilidad patrimonial promovida por V2 y V3, **parentesco** de V1.

29. Este Organismo Nacional hasta la fecha en que se emite la presente Recomendación, no ha tenido conocimiento de que se hubiera iniciado algún procedimiento administrativo o carpeta de investigación con motivo de los presentes hechos.

IV. OBSERVACIONES.

30. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2016/6870/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), como de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CrIDH), se contó con evidencias que

acreditan las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a personal médico de la Unidad de Medicina Familiar 37 y del Hospital General 2 en agravio de V1:

30.1. A la protección de la salud.

30.2. A la vida.

30.3. Al interés superior de la niñez.

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

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

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

32. El artículo 4°, párrafo cuatro, de la Constitución Federal reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

33. La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en los artículos 13 fracción IX y 50, fracciones I y II, igualmente contempla que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica de calidad de conformidad con la legislación aplicable para prevenir, proteger y restaurar su salud.

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

35. Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se reconoció que *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”*.²

36. El Comité de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas emitió la Observación General 15, *“Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”*, [Párrafo 1, de la Convención de los Derechos del Niño] en el que reconoció que: *“La noción de ‘más alto nivel posible de salud’ tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas, sociales, culturales y económicas previas del niño (...) Los derechos se refieren al acceso a una amplia gama de*

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

² CNDH. III. Observaciones, párrafo cuatro.

*instalaciones, bienes, servicios y condiciones que ofrezcan a cada niño igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud (...)*³

37. En el párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se afirma que *"(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)"*.

38. El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que *"toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...) a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad"*.

39. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, establece que los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, por lo que deben adoptar medidas que aseguren la plena efectividad como aquellas relacionadas con *"a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños (...)"*.

40. En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales *"Protocolo de San Salvador"*, se reconoce que *"todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el*

³ Párrafos 23 y 24.

disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho, como la atención primaria de la salud al alcance de todos y prevenir las enfermedades, o en su caso, dar tratamiento.

41. La CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”⁴ estableció que “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

42. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advirtió que los médicos de la Unidad de Medicina Familiar 37 y del Hospital General 2 omitieron brindar a V1 la atención médica adecuada derivada de su calidad de garantes conferidas por las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas IMSS, lo que se tradujo en la violación al derecho a la protección de la salud, como a continuación se analiza.

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

❖ Atención médica brindada a V1 en la Unidad de Medicina Familiar 37.

43. A las 9:39 horas de 2 de agosto de 2016, V1 acudió a la Unidad de Medicina Familiar 37, por que presentaba fiebre no cuantificada, dolor ocular, muscular y en las articulaciones de 4 días de evolución; fue valorada por AR1, quien a la

⁴ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

exploración física la encontró sin fiebre, faringe hiperémica (garganta enrojecida y dolorosa), campos pulmonares bien ventilados, sonidos cardiacos rítmicos con buen tono e intensidad, sin datos patológicos en abdomen ni en extremidades.

44. Derivado de lo anterior, AR1 diagnosticó a V1 “**[REDACTED]** *no especificada, (...) [REDACTED]*”, le prescribió un tratamiento farmacológico para la fiebre; solicitó una biometría hemática, se le aplicaran soluciones intravenosas debido a un **[REDACTED]**”, y la envió a su domicilio.

45. En la opinión médica de este Organismo Nacional, AR1 incumplió la Guía de Práctica Clínica “Manejo del dengue no grave y el dengue grave” del Consejo de Salubridad General, que define el dengue como “*una enfermedad febril infecciosa, de etiología viral sistémica, transmitida por mosquito de género Aedes sp [portador del virus del dengue] de presentación clínica variable, evolución poco predecible y autolimitada*”, por tanto, ante la sospecha de infección por dengue que se atiendan en el primer nivel de atención, AR1 debió atender las recomendaciones siguientes:

45.1. Realizar la prueba de torniquete (con una cinta ejercer presión en el brazo) considerando que V1 tenía cuatro días con elevación de temperatura.

45.2. V1 presentaba dos síntomas de la enfermedad “*mialgias y artralgias*” (dolor muscular y en articulaciones), por lo que debió confirmar el probable padecimiento realizando la prueba “*IgM*” (anticuerpo que indica que la persona presentaba una infección) mediante la técnica de ELISA (prueba sanguínea).

45.3. Notificar en forma inmediata a las autoridades sanitarias competentes para su vigilancia epidemiológica, de prevención y control, de acuerdo a lo previsto en el artículo 137 de la Ley General de Salud.

46. También, omitió realizar una adecuada historia clínica que incluyera interrogatorio y revisión física, dirigida a buscar datos que pudieran apoyar un diagnóstico definitivo, tales como fecha de inicio de la fiebre, cantidad de ingesta de alimentos líquidos, cambios en el estado de alerta, viajes a zonas endémicas (geográfica o de población), puesto que el virus “*dengue*” es transmitido por un mosquito del género “*aedes*”.

47. Además, en la misma nota médica de 2 de agosto de 2016, AR1 asentó que V1 presentaba [REDACTED] lo que resultó contradictorio y evidencia una falta de exploración física completa, tales como [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] y no prescribió un tratamiento para la sospecha de esa enfermedad, considerando que la eficacia de un fármaco puede modificar favorablemente un síntoma, el pronóstico o el curso de una enfermedad.

48. De ahí que la historia clínica era fundamental para allegarse de un diagnóstico correcto, lo que no aconteció.

49. Al respecto, el Poder Judicial de la Federación ha sostenido la importancia de la historia clínica del paciente, en términos de la siguiente tesis en materia civil:

*“MALA PRÁCTICA MÉDICA. AUSENCIA O DEFICIENCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA. La historia clínica constituye el relato patográfico o biografía patológica del paciente, esto es, la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que ostenta un valor fundamental, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también a la hora de juzgar la actuación de un profesional sanitario. **Así, la ausencia o deficiencia de la historia clínica, genera una presunción en contra de los médicos que trataron al paciente, respecto a la existencia de una posible mala práctica médica,** pues tal ausencia o deficiencia no puede sino perjudicar a quienes tienen el deber de confeccionarla y asentar en ella todos los pormenores necesarios según la ciencia médica y no al paciente, en atención a que son precisamente los médicos quienes se encuentran obligados a documentar detalladamente el curso del acto médico. De lo anterior se colige que el hecho de **documentar un historial clínico de forma incompleta o deficiente por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes,** riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina”.⁵*

(Énfasis añadido)

50. Derivado de lo anterior, AR1 incumplió los puntos 6.1, 6.1.1 y 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012, que señala que la historia clínica deberá constar de **“Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación (...) antecedentes personales patológicos (...) padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) (...)**

⁵ Semanario Judicial de la Federación, enero de 2013 y registro 2002569.

Exploración física.- Deberá contener como mínimo: *habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla (...)*”.

51. Los resultados del estudio de hematología de 2 de agosto de 2016, reportaron a V1 con disminución de [REDACTED] y [REDACTED], indicativos de un proceso infeccioso que no fue manejado adecuadamente, ya que evolucionó de manera desfavorable en su estado de salud.

52. A las 12:34 horas de 4 de agosto de 2016, AR2 reportó a V1 con frecuencia cardíaca alta (145 latidos por minuto, adecuado de 70 a 100 latidos), temperatura y frecuencia respiratoria dentro de los parámetros adecuados, sin embargo, omitió registrar las cifras de la tensión arterial, por lo que incumplió el lineamiento 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012.

53. En la misma fecha, AR2 advirtió de los resultados de hematología de V1, de 2 de agosto de 2016, por lo que le diagnosticó *“fiebre de origen desconocido y plaquetopenia”* (disminución de células plaquetarias), sin embargo, omitió realizar una adecuada semiología (estudio de los signos a través de los cuales se manifiesta la enfermedad) de la fiebre que presentaba y la disminución de las plaquetas, a pesar de que reconoció que el resultado de las plaquetas de ese día (4 de agosto) tuvieron una disminución mayor, en comparación a la reportada el 2 de agosto, esto es, el padecimiento de V1 evolucionó de manera acelerada, por lo que AR2 refirió a V1 al Hospital General 2 con el diagnóstico [REDACTED]” (disminución de plaquetas).

❖ **Atención médica brindada a V1 en el Hospital General 2.**

54. A las 16:00 horas de 4 de agosto de 2016, V1 llegó al Hospital General 2 donde fue valorada por AR3, quien asentó en la nota médica como antecedentes, que la [REDACTED] de V1 refirió que su [REDACTED] ^{parentesco} inició su padecimiento aproximadamente 6 días anteriores, con [REDACTED]) no especificada, fiebre [REDACTED] [REDACTED] y en [REDACTED], [REDACTED] con dos días de evolución, presentaba [REDACTED]), el cual se incrementó en 24 horas.

55. A la exploración física, AR3 reportó a V1 con [REDACTED]) [REDACTED] [REDACTED], adecuado [REDACTED]), [REDACTED] (aumento de la frecuencia respiratoria, con temperatura normal, quejumbrosa, con facie (expresión facial) de angustia y [REDACTED]), [REDACTED], [REDACTED] de [REDACTED] en el rostro, en las extremidades las lesiones dérmicas eran pálidas, refiriendo el resultado de gasometría [REDACTED]" (disminución del [REDACTED]).

56. Derivado de la sintomatología descrita, AR3 diagnosticó a V1 "[REDACTED] (...) [REDACTED] [elevación anormal de concentración de grasas en la sangre]", por ello solicitó estudios de laboratorio, inició manejo a base de soluciones por vía venosa, vigilancia de datos de alarma en caso de estado grave, fuga de líquidos y alteraciones [REDACTED] interconsulta a epidemiología e ingresó a observación, reportándola muy delicada.

57. Sin embargo, de acuerdo a la opinión médica de este Organismo Nacional, AR3 omitió corregir la hipotensión severa que presentaba V1, investigar su origen, solicitar de manera urgente estudios de laboratorio, realizar una adecuada historia clínica para integrar un diagnóstico certero y/o diferenciar con otras enfermedades febriles, pedir de inmediato muestra rápida para detección de dengue, y notificación epidemiológica, prueba del torniquete e interconsulta a medicina interna epidemiológica.

58. Por tanto, AR3 también incumplió la Guía de Práctica Clínica del “Manejo de dengue no grave y el dengue grave” que dispone “(...) *En los pacientes con fiebre en los que se considere la posibilidad de dengue como diagnóstico, los estudios de laboratorio deben incluir biometría hemática completa inicial, estudios adicionales (...) pruebas de funcionamiento hepático, (...) electrolitos séricos, urea y creatina séricos, bicarbonato o lactato séricos, enzimas cardíacas, electrocardiograma [y] densidad urinaria*”.⁶

59. Cinco horas y quince minutos posteriores, a las 21:15 horas de 4 de agosto de 2016, AR4 encontró a V1 con [REDACTED]) [REDACTED] ml” (normal [REDACTED] ml por cm² o m), por lo que le diagnosticó [REDACTED] [REDACTED] y ordenó su alta con cita abierta a urgencias.

60. En la opinión médica de este Organismo Nacional se consideró que AR3 y AR4 omitieron lo siguiente:

⁶ Estudios de laboratorio y gabinete.

60.1. Solicitar de inmediato valoración por medicina interna y terapia intensiva por el déficit alarmante de plaquetas (plaquetopenia) que presentaba V1.

60.2. Requerir valoración por epidemiología, por tratarse de una probable enfermedad de transmisión por vector⁷.

60.3. Confirmar o descartar el diagnóstico de “dengue” antes de que hubiera egresado a V1, tales como las pruebas de “IgM” (prueba de laboratorio que permite establecer una infección activa) mediante la técnica de Elisa y no reportó la realización de la detección del antígeno “NS1” en suero o la determinación positiva de anticuerpos “IgM e IgG”, descritas en las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del “Manejo de dengue no grave y el dengue grave” y de la NOM-032-SSA2-2002.

61. Además, AR4 no tomó en cuenta los resultados de laboratorio que reportaron a V1 con hipoglucemia (bajo nivel de glucosa o de azúcar en la sangre), alteración hepática y disminución en el estado nutricional; alteraciones bioquímicas, indicativas de falla orgánica. A pesar de ello, egresó a V1 con un estado de salud grave que ameritaba manejo hospitalario, conforme al artículo 82 del Reglamento de Prestaciones Médicas: *“El servicio de hospitalización se establece para los casos en que por la naturaleza de la enfermedad o del tratamiento a que deba sujetarse el derechohabiente (...) se indique su internamiento en unidades hospitalarias de segundo nivel”*.

⁷ La NOM-0032-SSA2-2002 en el punto 4.1.88 define “Vector (...) Para efectos de esta NOM, se refiere al artrópodo que transmite el agente causal de una enfermedad por picadura, mordedura, o por sus desechos”.

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

B. DERECHO A LA VIDA.

63. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado implícitamente en los artículos 1° y 29, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en instrumentos internacionales, por lo que le corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

64. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) **existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)**”*⁸.

(Énfasis añadido)

⁸ Tesis Constitucional. *“Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del estado”*. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011, y registro 163169.

65. El artículo 6, puntos 1 y 2, de la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida y que los Estados garantizarán en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo.

66. Tal derecho humano también se encuentra reconocido en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

67. Al respecto, el inciso D, punto 16, de la Observación General 15 del Consejo Económico Social de las Naciones Unidas sobre el *“derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”*, refiere como obligación del Estado determinar sistemáticamente los numerosos riesgos y factores de protección que determinan la vida, la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños.

68. La CrIDH ha establecido que *“(…) es un derecho humano fundamental, (…). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (…) comprende, no sólo el derecho (…) de no ser privado de la vida (…), sino (…) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (…) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y,*

*en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)*⁹, asimismo *“(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)*”¹⁰.

69. Este Organismo Nacional ha sostenido que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”*.¹¹

70. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por personal médico de la Unidad de Medicina Familiar 37 y el Hospital General 2, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida, como se analizará enseguida.

⁹ “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144

¹⁰ “Caso Familia Barrios vs. Venezuela”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, párrafo 48.

¹¹ CNDH. Recomendación 75/2017, párrafo 61.

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

❖ **Atención médica brindada a V1 en la Unidad de Medicina Familiar 37.**

71. A las 08:05 horas de 5 de agosto de 2016, los familiares de V1 por tercera ocasión la llevaron a la Unidad de Medicina Familiar 37, donde fue reportada [REDACTED] [REDACTED] del [REDACTED] de [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]).

72. A la exploración física la encontraron con [REDACTED]
[REDACTED] "generalizado, [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] y llenado capilar lento, razón por la cual
le realizaron estudios de biometría hemática que mostraron que V1 [REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED]), por lo que
integró el diagnóstico de [REDACTED]", se le
suministró soluciones vía venosa y se le refirió de manera urgente en ambulancia
a segundo nivel hospitalario. Lo anterior fue adecuado en opinión de los médicos
de este Organismo Nacional.

❖ **Atención médica otorgada a V1 en el Hospital General 2.**

73. A las 08:32 horas de 5 de agosto de 2016, V1 por **segunda ocasión** ingresó al servicio de urgencias del Hospital General 2, donde fue valorada por AR5, quien la reportó grave con alteraciones hemodinámicas, hipotensión arterial severa,

taquicardia, con hemorragia en ojos y erupción en la cara, reportando los estudios de laboratorio *“plaquetopenia y anemia”*, por lo que le diagnosticó *“dengue grave con características hemorrágicas contra Chikungunya, contra Rickettsia”*, administrando soluciones vía venosas, doble esquema de antibiótico y antimicótico tópico, colocación de sonda Foley, estudios de laboratorio y gabinete, así como interconsulta por epidemiología.

74. De acuerdo a la opinión médica de este Organismo Nacional, AR5 omitió lo siguiente:

74.1. Solicitar interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos para su valoración por el estado de choque en que se encontraba V1, por lo que infringió el punto 7.2.1 de la NOM-004-SSA2-2012, que establece: *“(…) En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante (…)”*.

74.2. Solicitar prueba serológica urgente que le permitiría comprobar la presencia de anticuerpos en la sangre con la finalidad de confirmar o descartar el diagnóstico de *“dengue”*.

74.3. Inadecuadamente inició un tratamiento a base de *“cefalosporina”* (antibiótico bactericida), la cual no es recomendable por la Guía de Práctica Clínica de *“Prevención, diagnóstico y tratamiento de la fiebre manchada por rickettsia rickettsii en la población pediátrica y adulta, en el primer y segundo nivel de atención”*, del Consejo de Salubridad General.

75. A las 10:00 horas de 5 de agosto de 2016, AR6 valoró a V1, a quien encontró con sintomatología y cuadro clínico de *“probable fiebre de dengue hemorrágico grave”*, por lo que se realizó estudio epidemiológico y tomó una muestra para confirmarlo.

76. En la opinión médica de este Organismo Nacional, AR6 omitió realizar un interrogatorio y exploración física, con la finalidad de establecer un diagnóstico certero o diferenciado que permitiera proporcionar un tratamiento adecuado.

77. A las 11:00 horas de 5 de agosto de 2016, V1 fue valorada por el servicio de hematología, donde se asentó como antecedente de importancia referido por su madre que *“15 días previos a la fecha, la paciente acudió a una perrera y le regalaron 2 perras las cuales presentaban garrapatas”*.

78. Se reportó a V1 con ligera hipotensión, taquicardia (140 latidos por minuto) y taquipneica (aumento de la frecuencia respiratoria por encima de los valores normales). A la exploración física se encontró con piel rojiza, lesiones dérmicas de tipo exantemática generalizada, reportando los resultados de laboratorio *“anemia, leucopenia, plaquetopenia severa e hipoglucemia”*, por lo cual sugirió tratamiento con vitamina “K” y se solicitó transfusiones con la finalidad de conservar las plaquetas de preferencia superiores a 50000. En la opinión médica de este Organismo Nacional, el manejo fue apegado a lo establecido dentro de la literatura médica nacional e internacional para el manejo de plaquetopenia mediante medidas de reposición.

79. A las 13:40 horas de 5 de agosto de 2016, AR7 asentó en su nota médica que V1 presentó *“agitación psicomotriz”* y alteraciones en la consciencia, por lo que aplicó antipsicótico (sedante), sin que se refiera a un dato clínico y determinante para prescribir dicho fármaco.

80. A las 13:59 horas de ese mismo día, V1 fue valorada por la Unidad de Cuidados Intensivos, donde la reportaron con riesgo de hemorragia severa del sistema nervioso central, por lo cual adecuadamente solicitaron una nueva valoración y se amplió el protocolo de estudio para priorizar su entrada a dicho servicio.

81. La tomografía axial computarizada mostró en V1 la presencia de hipoglucemia, anemia y plaquetopenia, se le administró una solución glucosada, pero, no reportó mejoría del estado de salud, por lo que se dio manejo vía aérea avanzada y se le prescribió un anestésico y narcótico.

82. V1 continuó inestable y grave; alrededor de las 22:40 horas del 5 de agosto de 2016 fue valorada por el servicio de urgencias, donde la reportaron bajo sedación, sin presencia de infección cerebral, con apoyo cardiovascular a base de aminos, hipotensión arterial, taquicardia; se hizo mención que los resultados de laboratorio mostraron que presentaba falla hepática, anemia, temperatura de 38 grados y sin datos de sangrado.

83. Por tal sintomatología se diagnosticó a V1 [REDACTED] (...) [REDACTED]
[REDACTED]

████████████████████”, por lo que se solicitó prueba de gasometría arterial y suministró un diurético.

84. Derivado de las complicaciones descritas, V1 presentó ██████████
████████████████████”, a pesar del apoyo mecánico ventilatorio.

85. El 6 de agosto de 2016, V1 presentó un paro cardiorrespiratorio que no revertió las maniobras de reanimación avanzada por 25 minutos, y lamentablemente falleció a las ██████████(parentesco) horas de esa fecha, asentándose como causas de muerte, “██████████ y ██████████
██████████”.

86. Este Organismo Nacional no pasa desapercibido que el resultado del estudio de laboratorio de 9 de agosto de 2016, derivado de la muestra tomada a V1 el 5 del mismo mes y año, se reportó “*negativo para* ██████████
████████████████████”.

87. De lo anterior, se concluye que después del deceso de V1, el resultado de laboratorio de 9 de agosto de 2016, evidenció el diagnóstico erróneo de V1 ██████████
██████████e”, ya que la sintomatología que presentó era compatible con el padecimiento de ██████████ (enfermedad transmitida por la mordedura de una garrapata), la cual no fue tratada oportuna y adecuadamente, la que contribuyó al deterioro de su salud y al lamentable deceso de V1.

88. Tal circunstancia fue reconocida por la Dirección del Hospital General 2 y la Delegación Estatal en Sonora, en el escrito de 10 de agosto de 2016, aunque argumentaron que la sintomatología de la ‘[REDACTED]sis’ se manifiesta con síntomas inespecíficos como fiebre, cefalea, mialgias, artralgias, vómito, dolor abdominal, diarrea y un signo relevante es la exantema (erupción de la piel), síntomas que son similares a los del dengue, de ahí la decisión de iniciar un tratamiento basado en el juicio clínico y epidemiológico, además de que la misma literatura médica establece que se tiene dificultad para la confirmación diagnóstica temprana, derivado de la poca especificidad de los síntomas y ser similares.

89. Contrario a ello, de las evidencias analizadas en la presente Recomendación quedó acreditado que desde el 2 de agosto de 2016, cuando V1 acudió **por primera vez** a la Unidad de Medicina Familiar 37, no se efectuó un adecuado interrogatorio para que conocieran el origen de los síntomas que presentaba la paciente. Hasta el 5 del mismo mes y año, cuando **por segunda ocasión** ingresó en el Hospital General 2, se enteraron de que 15 días previos V1 tuvo contacto con dos perras que tenían garrapatas, y fue entonces que se le tomó una muestra para el estudio epidemiológico. El 9 de agosto de ese año, se descartó el dengue y se estableció el diagnóstico probable compatible con [REDACTED], pero desafortunadamente V1 había fallecido.

90. De las evidencias descritas y analizadas, se acreditó que no se garantizó el derecho a la protección a la vida de V1, por que AR1, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 no realizaron un adecuado protocolo de estudio para confirmar el diagnóstico de “dengue” que supuestamente padecía V1, por tanto, incumplieron el artículo 27,

fracción III de la Ley General de Salud, que establece *“Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: (...) La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas (...)”*.

91. Asimismo, los médicos tratantes infringieron el artículo 8, fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud, el cual decreta que las actividades de atención médica son: *“CURATIVAS: Que tienen por objeto **efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos** (...)”*, en concordancia con los diversos 9 y 48 del mismo Reglamento que disponen: *“La atención médica deberá llevarse (...) de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”* y *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)”*.

92. AR1, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 son responsables del diagnóstico y tratamiento erróneo de V1, en términos del ordinal 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas que puntualiza *“Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de **los diagnósticos y tratamientos de los pacientes** que atiendan en su jornada de labores (...). El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, **de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes**”*.

93. Los referidos médicos infringieron el diverso 43 del ordenamiento legal invocado que indica *“El personal de salud deberá, en todo momento, otorgar un*

*trato digno y respetuoso al paciente, procurando un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente, proporcionándole al mismo o al familiar o representante legal, la información **clara, oportuna y veraz sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento** (...)*”.

94. De lo expuesto, se evidenció la mala praxis de los médicos que atendieron a V1, de acuerdo a la tesis civil de la Suprema Corte de Justicia de la Nación:

*“MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA. Para la exigencia de responsabilidad en contra de un médico por un diagnóstico equivocado, ha de partirse de si dicho profesional ha realizado o no todas las comprobaciones necesarias, atendiendo al estado de la ciencia médica, para emitir el diagnóstico. La actividad diagnóstica comporta riesgos de error que pueden mantenerse en ciertos casos dentro de los límites de lo tolerable, **sin embargo, existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina.** De lo anterior se colige que el hecho de realizar un diagnóstico sin la diligencia debida por parte del personal médico, constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina”.*¹²

¹² Semanario Judicial de la Federación, enero de 2013, registro 2002570.

95. Los médicos tratantes incumplieron el *“Código de conducta para el personal de Salud 2002”*¹³, que en el rubro de *“Estándares de trato profesional”* establece en los puntos 2 y 3 lo siguientes: *“Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida, oportuna y experta”, “Se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”*.

96. Las irregularidades descritas y analizadas acreditaron la inadecuada atención médica por parte del personal médico de la Unidad de Medicina Familiar 37 y el Hospital General 2, con lo que impidieron garantizar con efectividad a V1, quien formaba parte de un sector de la población en condiciones de vulnerabilidad, debido a su edad [REDACTED] y discapacidad intelectual moderada, aunado al estado grave que presentaba, que trajo como consecuencia que no determinaran un diagnóstico certero y no le proporcionaran un tratamiento adecuado para el padecimiento que realmente cursaba, lo que derivó en su desafortunado fallecimiento.

97. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4º, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades para proteger, promover y restablecer la salud. En

¹³ Emitido en el mes de octubre con la participación de la Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y la Dirección de Vinculación con Gobierno y Sociedad de la SECODAM

el presente caso, los médicos involucrados debieron considerar el estado integral de V1, a quien no le realizaron un protocolo de estudios completo en base a las referidas Guías de Prácticas Clínicas *“Prevención, diagnóstico y tratamiento de la fiebre manchada por [REDACTED] en población pediátrica y adulta en primer y segundo nivel de atención”* y *“Manejo del dengue no grave y el dengue grave”* y a la NOM-032-SSA2-2002, lo que ocasionó un diagnóstico erróneo y el suministro de un tratamiento inadecuado, lo cual contribuyó a la evolución de la enfermedad y a su deceso.

98. A fin de garantizar una adecuada atención médica se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

99. En el presente asunto, debe considerarse la realización de los Objetivos tercero y onceavo consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”* y *“prestando especial atención a las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad, las mujeres [Meta 11.2] (...) las personas con discapacidad [Meta 11.2.1]”*, por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a

fin de garantizar una vida saludable y promover el bienestar prioritariamente para las personas menores de edad con discapacidad.

100. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1 previstos en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, 4, párrafo cuarto constitucionales; 1°, 2°, fracciones I, II y V; 3° fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero y 77 bis 37 de la Ley General de Salud, 8, fracciones I y II, 9, 48, 71, 72 y 74 del Reglamento de la Ley General de Salud; 1,4, fracción III, 5, 6, 7, 8, 43 y 90 del Reglamento de Prestaciones Médicas y el contenido de las normas oficiales mexicanas NOM-004-SSA3-2012 y NOM-032-SSA2-2002, así como 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que en términos generales disponen que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, y al no determinar un diagnóstico certero y oportuno, no le permitió un mejor pronóstico de vida. Por su parte, AR2 infringió la NOM-004-SSA3-2012.

C.SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V1, PERSONA MENOR DE EDAD CON DISCAPACIDAD.

101. El artículo 1°, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, establece que *“las personas con discapacidad incluyen a todas aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás”*. De ahí que el Estado Mexicano está obligado a adoptar todas las

medidas que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos de las personas con discapacidad.

102. El artículo 25, incisos b) y d) del referido instrumento internacional, indican que los Estados *“Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad”* y *“exigirán a los profesionales de la salud que presenten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas (...)”*.

103. La Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad puntualiza en el artículo 7 que *“La Secretaría de Salud promoverá el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud (...) sin discriminación por motivos de discapacidad (...)”*.

104. Además de la transgresión de los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1, no se consideró su situación de vulnerabilidad por [REDACTED] [REDACTED] moderada, [REDACTED], portadora del [REDACTED] [REDACTED], causando baja [REDACTED]), sumado a las enfermedades adicionales que presentaba como [REDACTED] padecimiento en el cual existe [REDACTED] de la [REDACTED]), [REDACTED] e [REDACTED].

105. Por las razones expuestas, se debió prevenir la evolución de la enfermedad, mediante el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno que hubiera contribuido a evitar las complicaciones del padecimiento (choque séptico, falla

hepática, acidosis metabólica e hipotensión) que presentó V1 que causaron su deceso.

D. PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ Y DE LA ADOLESCENCIA.

106. Para esta Comisión Nacional, preservar el interés superior de la niñez es una tarea primordial. Dicho principio se encuentra reconocido en el artículo 4º, párrafo noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que prevén que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con este principio a fin de garantizar que las niñas, niños y adolescentes disfruten a plenitud sus derechos humanos.

107. 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.¹⁴

108. La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su preámbulo, reconoce que toda persona menor de edad requiere de protección y cuidado especiales; en ese sentido, en el artículo 3.1 establece que todas las medidas que adopten las instituciones públicas o privadas, los tribunales, las

¹⁴ CNDH. Recomendación 1/2019 de 31 de enero de 2019, pp. 110 y 111 y 3/2019 de 14 de febrero de 2019, pp. 152 y 153, entre otras.

autoridades administrativas y los órganos legislativos, atenderán de manera primordial este principio.

109. En ese sentido, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su Artículo 24.1, reconoce que *“Todo niño tiene derecho, (...), a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”*.

110. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha considerado que, en relación con el interés superior de la persona menor de edad, cuando se tome una decisión que les afecte en lo individual o colectivo, *“(...) se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior (...), el interés superior del menor es un concepto triple, al ser: (I) un derecho sustantivo; (II) un principio jurídico interpretativo fundamental; y (III) una norma de procedimiento. [dicho derecho] prescribe que se observe ‘en todas las decisiones y medidas relacionadas con el niño’, lo que significa que, en ‘cualquier medida que tenga que ver con uno o varios niños, su interés superior deberá ser una consideración primordial a que se atenderá’, lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también (...) los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas. (...) las decisiones particulares adoptadas por las autoridades administrativas -en esferas relativas a la (...) salud (...) deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él (...) y como algo primordial requiere tomar conciencia de la importancia de sus intereses en todas las medidas y tener la voluntad de dar prioridad a esos intereses (...).”*¹⁵

¹⁵ Tesis constitucional, *“Derechos de las niñas, niños y adolescentes. El interés superior del menor se erige como la consideración primordial que debe de atenderse en cualquier decisión que les afecte”*. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2017, y registro 2013385.

111. El artículo 6, fracciones I y IX, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, establece como dos de los principios rectores en la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes el *“interés superior de la niñez”* y la *“corresponsabilidad de los miembros de la familia, la sociedad y las autoridades”*.

112. La Observación General 14 sobre *“el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial”* del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, (Artículo 3, párrafo 1),¹⁶ señala que *“La plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral (...) del niño y promover su dignidad humana (...)”*.

113. La citada Observación General 15 del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas sobre el *“derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”*, establece que *“(...) El artículo 3, párrafo 1, de la Convención obliga a las instituciones de previsión social, tanto públicas como privadas, (...) a velar por que se determine el interés superior del niño, que constituye una consideración de primer orden en todas las acciones que afectan a la infancia. Este principio debe respetarse en toda decisión en materia de salud relativa a niños individuales o un grupo de niños (...)”*.

¹⁶ Introducción, inciso A, párrafo 5.

114. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en el artículo 19, apunta que todo niño debe recibir “(...) *las medidas de protección que su condición (...) requiere, por parte de su familia, de la sociedad y del Estado*”.

115. La Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25 prevé que la infancia tiene “*derecho a cuidados y asistencia especiales*”.

116. La CrIDH advirtió la protección especial que deben tener los niños, al resolver que: “(...) *los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos (...), su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona (...)*”.¹⁷

D.1 Violación al principio de interés superior de la niñez y de la adolescencia en agravio de V1.

117. Este Organismo Nacional considera que con motivo del ejercicio profesional de AR1, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 se transgredieron en agravio de V1 el principio de interés superior de la niñez y de la adolescencia, por que formaba parte de un sector de la población en condiciones de vulnerabilidad por la edad con que contaba al momento del evento, esto es, 17 años, además de presentar una discapacidad intelectual y demás comorbilidades que padecía, lo que incrementaban los factores de riesgo ante una enfermedad grave y poco usual, en la que debieron tomar las medidas urgentes para aplicar las Guías de la Práctica

¹⁷ “Caso González y otras ‘Campo Algodonero’ Vs. México”. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, p. 408.

Clínica mencionadas en la presente Recomendación, lo cual afectó su derecho a la protección de la salud y a su vida como se constató, pues en la opinión médica de este Organismo Nacional se detectó que se omitió brindar atención médica integral al no identificar los signos o síntomas semiología que presentó V1, y omitir efectuar las pruebas correspondientes para determinar un diagnóstico correcto y suministrar un adecuado y oportuno tratamiento, que favoreció y condicionó su deceso.

118. En ese sentido, la CrIDH ha establecido que el *“Estado debe prestar especial atención a las necesidades y a los derechos de los niños, en consideración a su condición particular de vulnerabilidad”*.¹⁸

119. En consecuencia, AR1, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 vulneraron el interés superior de la niñez, por no haber considerado las condiciones mínimas que le garantizaran a V1 los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad, que de acuerdo a 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”*¹⁹ con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención médica, con la cual se evita,

¹⁸ Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño. Opinión Consultiva OC-17/02, de 28 de agosto de 2002, párrs. 53, 54 y 60 y, *“Caso Chitay Nech y otros Vs. Guatemala”*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de mayo de 2010, p. 164.

¹⁹Secretaría de Salud. *“Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”*, 2013, p. 26.

previenen y mejoran los resultados adversos derivados de procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció.

120. También transgredieron el supracitado artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, en los que se establece que *“los médicos serán directa e individualmente responsables de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores”*, por lo que están obligados a procurar un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad y acordes al conocimiento científico vigente, lo que no sucedió ante las irregularidades descritas y que impidieron la efectividad del derecho a la protección de la salud de V1, lo cual trajo como consecuencia que perdiera la vida.

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

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

122. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017²⁰, párrafo 27, considera que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”*

²⁰ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

123. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas ha sostenido en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”*²¹.

124. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”*²².

125. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones,

²¹ Observación General 14 *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”* (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párr. 12, inciso b, fracción IV.

²² Introducción, p. dos.

comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica que se le brinda²³.

126. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. **Accesibilidad**: que se encuentre disponible para el paciente; b. **Confiabilidad**: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. **Verificabilidad**: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. **Veracidad**: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²⁴

127. En este sentido, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas que conforman el expediente clínico de V1, advertidas por este Organismo Nacional con motivo de la queja de V2.

E1. Inadecuada integración del expediente clínico.

128. Esta Comisión Nacional advirtió que en las notas médicas de las 10:00 y 13:40 horas de 5 de agosto de 2016, AR6 y AR7 omitieron asentar su nombre

²³ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, p. 33 y Recomendación 33/2016 de 15 de julio de 2016, p. 104.

²⁴ CNDH. Recomendación General 29/2017 p. 34, 1/2019, p.138 y 33/2016 p. 105, entre otras.

completo, cargo, rango, matrícula y/o cédula profesional, por lo que dichos profesionistas infringieron el lineamiento del punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012 que ordena *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa”*.

129. AR4 omitió solicitar a V1 valoración por medicina interna, epidemiología y terapia intensiva, mientras que AR5 no requirió servicio de unidad de cuidados intensivos por el estado de choque en que se encontraba la paciente, por lo que transgredieron el punto 7.2.1 de la NOM-004-SSA3-2012, que apunta: *“(…) En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, que deberá realizar realizará el médico solicitante (...)”*.

130. AR1, AR2, AR3 omitieron realizar una adecuada historia clínica de V1 que incluyera un interrogatorio y exploración física, con lo que contravinieron los puntos los puntos 6.1, 6.1.1 y 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012; igualmente AR1 y AR2 omitieron tomar signos vitales de V1, como se advirtió en las notas médicas, por tanto, transgredieron los puntos 6.2 y 6.2.2.

131. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico, en este caso de V1, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención

médica que se le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.²⁵

132. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.²⁶

133. No obstante, tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana *“Del expediente clínico”*, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.²⁷

²⁵ CNDH. Recomendaciones 1/2019 p145, 71/2018 p 243, y 33/2016 p106, entre otras.

²⁶ CNDH. Recomendaciones 1/2019 p146 y 71/2018 p.244, entre muchas otras.

²⁷ CNDH. Recomendaciones 1/2019 p.147 y 71/2018 p.245.

134. En la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”²⁸, la CrIDH, se sostuvo que: “(...) es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.”

F. RESPONSABILIDAD.

135. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 por lo que hace a la información, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 son responsables en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las acciones u omisiones ya descritas, consistentes en violación al derecho a la protección a la salud por inadecuada atención médica en agravio de V1 que derivó en la pérdida de la vida y violación al principio del interés superior de la niñez y de acceso a la información.

136. Este Organismo Nacional considera que las acciones u omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por la autoridad correspondiente de conformidad con lo previsto en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al

²⁸ CrIDH. Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 68.

momento de los hechos, y artículos 303 y 303 A) de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público. Así, aunque la labor médica no garantiza la curación del enfermo, 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.

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

137.1. Denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR1, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 para que se inicie la carpeta de investigación correspondiente por los hechos que derivaron en las violaciones a los derechos humanos acreditados en el presente caso, con el objeto de que se determine su responsabilidad penal.

137.2. Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 para que se inicie e integre el procedimiento de responsabilidad administrativa que corresponda.

G. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

138. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para obtener 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 los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

139. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la

Federación el 15 de enero de 2015 y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por inadecuada atención médica de V1 y a su vida, así como al principio de interés superior de la niñez y de la adolescencia, se deberá inscribir a V1, V2, V3 y V4 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que V2 y V3, y demás familiares que conforme a derecho corresponda, tengan el 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.

140. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*, y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, 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.

141. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la CrIDH enunció que: *“(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el*

deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “(…) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”²⁹.

142. Sobre el “deber de prevención” la CrIDH, sostuvo que:“(…) el derecho a la salud es un derecho autónomo protegido por el artículo 26 de la Convención Americana (…) este derecho en situaciones de urgencia exige a los Estados velar por una adecuada regulación de los servicios de salud, brindando los servicios necesarios de conformidad con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación, pero también brindando medidas positivas respecto de grupos en situación de vulnerabilidad (…)a fin de que se impute la responsabilidad del Estado por muertes médicas es necesario que se acredite la negación de un servicio esencial o tratamiento pese a la previsibilidad del riesgo que enfrenta el paciente, o bien una negligencia médica grave, y que se corrobore un nexo causal entre la acción y el daño. Cuando se trata de una omisión se debe verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso; v) la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de la integridad personal (…)”³⁰.

²⁹ CrIDH. Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

³⁰ CrIDH. “Caso Poblete Vilches y Otros vs. Chile” Sentencia del 8 de marzo de 2018, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 174.

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

i. Rehabilitación.

144. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2, V3, V4 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, la atención psicológica y tanatológica que requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V1 que derivó en su lamentable fallecimiento.

145. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario y deben incluir la provisión de medicamentos.

ii. Satisfacción.

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

147. Se deberán incorporar copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de los servidores públicos involucrados, aún cuando ya no laboren en el IMSS, y sea cual fuere la determinación administrativa del caso.

iii. Medidas de no repetición.

148. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas. Así, es indispensable que el IMSS implementen en el término de tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, la debida observancia y el contenido de las normas oficiales mexicanas mencionadas en la presente Recomendación, con especial énfasis en los estándares desarrollados por esta Comisión en la Recomendación General 29/2017, a todo el personal médico de la Unidad de Medicina Familiar 37 y del Hospital General 2, en Hermosillo, Sonora, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberá impartirse por personal calificado.

149. Los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

150. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se instruya al personal

médico de la Unidad de Medicina Familiar 37 y del Hospital General 2, en Hermosillo, Sonora, a fin de que adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

151. Emitir una circular en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación dirigida al personal médico de la Unidad de Medicina Familiar 37 y del Hospital General 2, en la que se les exhorte entregar copia de la certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas, cuando así proceda, para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa.

152. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el *“Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”*³¹, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

153. Este Organismo Nacional no pasa desapercibido que el 2 de agosto de 2017, el IMSS informó a este Organismo Nacional que mediante oficio 279001051100/450 de 18 de julio de ese año, se dio vista al Órgano Interno de Control, asimismo, mediante el diverso 8848 de 21 de julio del mismo año, se

³¹ Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2015.

ordenaron medidas preventivas al Hospital General 2 consistente en profundizar en el protocolo diagnóstico en pacientes con sospecha de fiebre de “*rickettsia*” en cumplimiento a la Guía Práctica Clínica en la materia, por tanto, el IMSS deberá remitir a este Organismo Nacional Autónomo las constancias que acrediten su cumplimiento.

iv. Compensación.

154. 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 para que se otorgue una compensación a quien conforme a derecho corresponda por el fallecimiento de V1, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación para que, en el ejercicio de sus atribuciones, proceda conforme a Derecho.

155. Esta Comisión Nacional reconoce que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS declaró procedente la queja desde el punto de vista médico, sin embargo V2 y V3 no solicitaron el pago por indemnización derivado de la muerte de V1, por ello, a la fecha de la emisión de la presente Recomendación no se ha realizado de dicho pago.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, repare integralmente el daño causado a V2, V3, V4, y demás familiares que conforme a derecho corresponda, con motivo del deceso de V1, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Víctimas, la que deberá incluir una compensación, atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas, y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore en la integración de la carpeta de investigación con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formulará ante el Agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR1, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Con independencia de las determinaciones del Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social respecto a la responsabilidad de

AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brinda a los pacientes, se encuentren debidamente integrados, conforme a la legislación nacional e internacional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación un curso integral al personal médico de la Unidad de Medicina Familiar 37 y del Hospital General 2, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos y atención médica a personas menores de edad; de conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicana y guías de práctica clínica invocadas en la presente Recomendación. De igual forma, el contenido del curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea, a fin de que pueda ser consultado con facilidad, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se giren las instrucciones respectivas para que en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular al personal médico de la Unidad de Medicina Familiar 37 y del Hospital General 2, en la que se exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico

adecuado y profesional, así como para atender casos con diligencia similares al que nos ocupa, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. Designar a una 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 sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

156. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos del artículo 1°, 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.

157. 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.

158. 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.

159. 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.

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ