

RECOMENDACIÓN No. 218 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD Y A LA VIDA, POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA, INOBSERVANCIA MÉDICO-ADMINISTRATIVA Y MALA ATENCIÓN MÉDICA EN AGRAVIO DE V; ASÍ COMO, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD, EN AGRAVIO DE QVI, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 3 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN NAVOJOA, SONORA.

Ciudad de México, a 31 de octubre de 2022.

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

Apreciable Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 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/2020/4532/Q**, sobre la atención médica brindada a V, en el Hospital General de Zona No. 3 de Navojoa, Sonora, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

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 6, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 párrafo primero 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, 113 fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero, 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 las autoridades recomendadas, a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

SIGNIFICADO	CLAVE
Víctima	V
Quejoso/víctima indirecta	QVI
Autoridad responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

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

NOMBRE	CLAVE
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Zona Número 3 del IMSS en Navojoa, Sonora	HGZ-3
Hospital de Especialidades Número 2 del IMSS en Obregón, Sonora. (Unidad Médica de Alta Especialidad)	HE-2/UMAE
Hospital General Regional Número 1 del IMSS en Obregón, Sonora	HGR-1
Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, “De/Expediente Clínico”	NOM-004-SSA3-2012
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Fiscalía General de la República	FGR
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Organismo Nacional/ Comisión Nacional.

I. HECHOS

5. QVI refirió que el 14 de septiembre de 2019, V acudió al HGZ-3 acompañado de ella, debido a que presentó color amarillo en sus ojos. Fue valorado el 15 de septiembre a las 23:03 horas, en el servicio de Cirugía General, donde AR2 refirió a QVI que V ingresó al

área de Urgencias por presentar cuadro clínico caracterizado por (ictericia¹, coluria², dispepsia³ y pérdida ponderal), lugar en el cual indicó la quejosa, se le brindó una mala atención por parte de los médicos tratantes.

6. El 18 de septiembre de 2019, a las 07:00 horas, AR3 solicitó “estudio de colangioresonancia⁴” por posible tumoración de vía biliar o pancreática a V. Seis días después, AR3 manifestó que este se refería asintomático, sin indicar la presencia de acolia⁵, pero aun con persistencia de tinte icterico a nivel de escleras⁶ y tegumentos⁷. AR1, en fecha 27 de septiembre, señaló que QVI solicitó el trámite de “alta transitoria” para que, por sus propios medios, se realizara la “colangioresonancia”, por falta de respuesta de parte de la unidad médica.

7. El 5 de octubre de 2019, en el HGR-1, se le practicó a V, una cirugía de “colecistostomía⁸”; al día siguiente, durante el turno vespertino, se reportó evento de paro cardiorrespiratorio, V requirió maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar y administración de norepinefrina; ante la posibilidad de requerir terapia de reemplazo renal (hemodiálisis) por la falla aguda en dicha función, se tramitó traslado al HE-2/UMAE, donde V fue recibido el 8 de octubre, a las 13:32 horas, en el área de Urgencias para dar continuidad al manejo, a cargo del servicio de Nefrología; así mismo, el 9 de octubre de 2019, se estableció que el origen de la falla renal probablemente obedecía al

¹ ICTERICIA. Piel amarilla ocasionada por acumulación de bilirrubina en la sangre

² COLURIA. Presencia de bilirrubina en la orina, lo que otorga una coloración oscura.

³ DISPEPSIA. Malestar en la parte superior del abdomen que se describe como sensación de ardor, hinchazón, o gaseosidad, náuseas, o sensación de saciedad demasiado rápida al comenzar a comer.

⁴ COLANGIORESONANCIA. Es el método óptimo para la sospecha de colangiocarcinoma.

⁵ ACOLIA. Heces muy claras por la ausencia de pigmentos derivados de la bilirrubina

⁶ ESCLERAS. Membrana blanca, gruesa, resistente y fibrosa que construye la capa exterior del globo del ojo.

⁷ TEGUMENTOS. Piel y sus derivados.

⁸ COLECISTOSTOMÍA. Procedimiento donde se descomprime y drena la vía biliar.

choque séptico de foco abdominal; lo cual, provocó el fallecimiento de V, el 14 de octubre de 2019.

8. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional, el expediente de queja **CNDH/PRESI/2020/4532/Q**, y para documentar las violaciones a los derechos humanos, se solicitó diversa información al IMSS; entre ella, copia del expediente clínico de V; y, la emisión de la Opinión Médica respecto del expediente de queja de este Organismo Nacional, por conducto de médico especialista en medicina legal, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

9. Escrito de queja de QVI recibido el 29 de mayo de 2020, en esta Comisión Nacional, a través del cual, comunicó las irregularidades relativas a la atención médica otorgada a V, por parte de personal del IMSS.

10. Correo electrónico de 29 de septiembre de 2020, mediante el cual, el IMSS remitió a este Organismo Nacional, expediente clínico integrado por la atención otorgada a V, en el HGZ-3 por parte de AR1, AR2, AR3 y AR4, como personal adscrito a ese hospital; además, precisó los antecedentes, diagnóstico, servicio médico y tratamiento.

11. Oficio número 001448, de fecha 7 de agosto de 2020, mediante el cual, se envió resumen de nota médica de 4 de agosto de 2020, del expediente clínico integrado en el HGZ-3, con relación a la atención médica otorgada a V.

12. Correo electrónico de 30 de junio de 2021, mediante el cual, el IMSS remitió a este Organismo Nacional, expediente clínico integrado por la atención otorgada a V en el HE-

2/UMAE y HGR-1; al que adjuntó los antecedentes, diagnóstico, servicio médico y tratamiento otorgado a V.

12.1. Nota médica inicial de Urgencias de 14 de septiembre de 2019. Médico: nombre y firma ilegible.

12.2. Nota médica de 15 de septiembre de 2019, 23:03 horas, cirugía general nocturno, suscrita por AR2.

12.3. Nota médica de 18 de septiembre de 2019, 07:00 horas, nota de evolución, firmada por AR3.

12.4. Nota médica de 18 de septiembre de 2019, solicitud de Interconsulta, signada por AR3.

12.5. Nota médica de 22 de septiembre de 2019, 10:00 horas, Cirugía General, jornada acumulada, suscrita por AR4.

12.6. Nota médica de 24 de septiembre de 2019, 08:00 horas, nota de evolución, Cirugía General, firmada por AR3.

12.7. Nota médica de 26 de septiembre de 2019, 20:00 horas, Cirugía General, suscrita por AR1.

12.8. Nota médica de 27 de septiembre de 2019, 08:00 horas, nota de evolución, Cirugía General, signada por AR1.

12.9. Reingreso 29 de septiembre de 2019, 07:30 horas, nota de evolución, firmada por el médico de base de Cirugía General, y médico interno de pregrado, suscrita por los PSP1 Y PSP2.

12.10. Nota médica de 29 de septiembre de 2019, solicitud de Interconsulta, médico de base de Cirugía General, signada por PSP1.

12.11. Nota médica de 30 de septiembre de 2019, 08:00 horas, nota de evolución servicio Cirugía General, suscrita por AR1.

12.12. Nota médica de 30 de septiembre de 2019, hora ilegible, nota de egreso, signada por AR1.

13. Resumen de notas médicas del expediente clínico integrado en el HGR-1, con relación a la atención médica otorgada a V.

13.1. Solicitud de Interconsulta/traslado URG (Urgente), firmada por AR1, sin referir fecha ni hora.

13.2. Nota médica de 04 de octubre de 2019, 18:55 horas, nota inicial del servicio de Urgencias; HGR-1, médico de base de Urgencias médico-quirúrgicas, residente de tercer año en Urgencias médico- quirúrgicas, suscrita por PSP3.

13.3. Nota médica de 04 de octubre de 2019, 23:30 horas, médicos de base de Cirugía General, residente de tercer año de Cirugía General y residente de segundo año de Cirugía General, firmada por los PSP4, PSP5 y PSP6.

13.4. Nota pre-operatoria de 05 de octubre de 2019, 04:00 horas, signada por los PSP5 y PSP6.

13.5. Nota pos-operatoria de 05 de octubre de 2019, 04:00 horas, suscrita por los PSP5 y PSP6.

13.6. Nota de ingreso de 05 de octubre de 2019, servicio de Cirugía General, firmada por los PSP4 y PSP7.

13.7. Nota médica de 06 de octubre de 2019, 07:00 horas, nota de evolución y gravedad, HGR-1, signada por los PSP13, PSP11, PSP12 y PSP7.

13.8. Nota médica de 08 de octubre de 2019, 11:35 horas, nota de Cirugía General, HGR-1, firmada por los PSP8 y PSP9.

13.9. Nota médica de 08 de octubre de 2019, sin referir hora, Nefrología, HGR-1, suscrita por PSP10.

14. Resumen de notas médicas del expediente clínico integrado en el HE-2/UMAE, con relación a la atención médica otorgada a V:

14.1. Nota de ingreso a HE-2/UMAE de 08 de octubre de 2019, 13:32 horas, nota inicial del servicio de Urgencias, signada por PSP14.

14.2. Nota de ingreso a HE-2/UMAE de 08 de octubre de 2019, 16:59 horas, nota médica y prescripción, firmada por PSP15.

14.3. Nota médica de 08 de octubre de 2019, 18:45 horas, nota de ingreso, Unidad de Terapia Intermedia del HE-2/UMAE, residente de segundo año de medicina interna, suscrita por los PSP16 y PSP17.

14.4. Nota médica de 08 de octubre de 2019, 23:30 horas, guardia nocturna, Unidad de Terapia Intermedia del HE-2/UMAE, signada por PSP18.

14.5. Nota médica de 09 de octubre de 2019, 18:38 horas, valoración por Nefrología, Unidad de Terapia Intermedia del HE-2/UMAE, signada por PSP19.

14.6. Nota médica de evolución de 10 de octubre de 2019, 2:30 horas, guardia nocturna, Unidad de Terapia Intermedia del HE-2/UMAE, firmada por PSP18.

14.7. Nota médica de 12 de octubre de 2019, 6:35 horas, guardia nocturna, Unidad de Terapia Intermedia del HE-2/UMAE, signada por PSP21.

14.8. Nota médica de 13 de octubre de 2019, 22:30 horas, guardia nocturna, Unidad de Terapia Intermedia del HE-2/UMAE, firmada por PSP18.

14.9. Nota de egreso de 14 de octubre de 2019, 23:58 horas, HE-2/UMAE, suscrita por PSP20.

15. Oficio número 00641/30.102/029/2021, de fecha 18 de enero de 2021, mediante el cual, el Órgano Interno de Control en el IMSS informó a QVI que no es competente para atender su queja, al hacerla consistir en solicitud de indemnización y/o reparación del daño, y que por esa razón, la competencia es del IMSS, para ser acumulada al ya existente procedimiento de Responsabilidad Patrimonial del Estado, bajo el expediente E2, de conformidad a la información brindada por la Dirección Jurídica, Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales, División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS.

16. La Dirección Jurídica del IMSS, mediante oficio número 095503614034/0069, de fecha 6 de agosto de 2021, informó a este Órgano Nacional que, en atención a la voluntad del promovente de iniciar el procedimiento de Responsabilidad Patrimonial del Estado, suspendió el procedimiento de investigación de la queja administrativa E1.

17. Opinión Médica de 17 de noviembre de 2021, elaborada por personal adscrito a esta Comisión Nacional, de la que se desprende que la atención médica proporcionada a V en el HGZ-3, fue inadecuada para su padecimiento; que las autoridades médico administrativo del HGZ-3 incurrieron en inobservancia en la omisión del trámite y realización del estudio de colagioresonancia a V; que AR1, AR2, AR3 y AR4, adscritos al HGZ-3, incurrieron en mala práctica médica e inobservancia a la NOM-004-SSA3-2010.

18. Correo electrónico de fecha 10 de junio de 2022, mediante el cual, QVI informó a este Organismo Nacional, que el 21 de mayo de 2020, presentó queja administrativa ante

el IMSS, Delegación Estatal Ciudad Obregón, Sonora, por reclamo de atención médica irregular, derivado de negligencia, asignándole el número de expediente E1.

19. Correo electrónico de fecha 16 de junio de 2022, mediante el cual, QVI informó a este Organismo Nacional, que presentó queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, con número de expediente E3; que el 18 de enero de 2021, el citado Órgano Interno, remitió la queja al titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal en Sonora, del IMSS, derivándolo bajo el expediente E2.

20. Correo electrónico de 16 de junio de 2022, mediante el cual, QVI informa a esta Comisión Nacional, que el 20 de agosto de 2020, presentó denuncia ante CONAMED y que se radicó el expediente E4.

21. Correo electrónico de 16 de junio de 2022, mediante el cual, QVI informó a este Organismo Nacional, que en fecha 31 de julio de 2021, presentó denuncia ante la FGR Delegación Estatal Sonora, de la cual, se radicó la Carpeta de Investigación E5. Información que fue ratificada mediante correo electrónico de 11 de julio de 2022, por la FGR Delegación Estatal Sonora, a esta Comisión Nacional, indicando que la citada carpeta de integró por el delito de homicidio, en contra de personal médico del IMSS y quien resulte responsable, denunciado atención médica irregular e ineficiente, en el periodo del 14 de septiembre al 14 de octubre de 2019, y que se encuentra en trámite en etapa de Investigación Inicial.

22. Oficio CNDH/HMO/846/2022 de fecha 22 de septiembre de 2022, mediante el cual, esta Comisión Nacional, presentó denuncia administrativa al Órgano Interno de Control del IMSS.

23. Acta circunstanciada de 18 de octubre de 2022, en la que personal de este Organismo Nacional se comunicó vía telefónica al órgano Interno de Control del IMSS en Sonora, ocasión en la que la autoridad informó que, en relación con la denuncia administrativa presentada por esta Comisión Nacional, se asignó el expediente E6.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

24. En fecha 14 de diciembre de 2020, se inició el E1 con motivo de la queja administrativa presentada por QV1, en contra de AR1 y AR3 adscritos al HGZ-3 y quien o quienes resulten responsables. La Dirección Jurídica del IMSS, mediante oficio número 095503614034/0069, informó de la suspensión del referido procedimiento en atención a la voluntad del promovente de iniciar el procedimiento de Responsabilidad.

25. Mediante oficio número 00641/30.102/029/2021, de fecha 18 de enero de 2021, el Órgano Interno de Control en el IMSS, informó a QVI, que no era competente para atender su queja, al hacerla consistir en solicitud de indemnización y/o reparación del daño, y que por esa razón, la competencia es del IMSS, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 18 de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado; ordenando remitir el escrito de queja al titular del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal en Sonora, del IMSS, derivándose en el expediente E2, de responsabilidad patrimonial.

26. El 15 de agosto de 2022, la Dirección Jurídica, Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales, División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, informó que el expediente E2, antes referido, se encuentra en trámite.

27. Por lo que respecta al expediente E4, QVI, mediante correo electrónico de 16 de junio de 2022, adjuntó acta de audiencia de fecha 22 de marzo del 2022, mediante la cual,

CONAMED acordó entre otras cosas, tener el “...asunto por concluido como NO CONCILIADO dejando a salvo los derechos de las partes para que los hagan valer en la vía y forma que su derecho convenga”.

28. Mediante correo electrónico de 11 de julio de 2022, la FGR Delegación Estatal Sonora, informó a esta Comisión Nacional, que dio inicio la Carpeta de Investigación E5, por el delito de homicidio, en contra de personal médico del IMSS y quien resulte responsable, denunciado atención médica irregular e ineficiente, en el periodo del 14 de septiembre al 14 de octubre de 2019, y que la misma se encuentra en trámite en etapa de Investigación Inicial.

29. Este Órgano Nacional presentó denuncia administrativa ante el Órgano Interno de Control del IMSS, mediante el oficio CNDH/HMO/846/2022, de fecha 22 de septiembre de 2022, por los hechos consignados en el presente pronunciamiento, a la cual se le asignó el expediente E6, misma que se encuentra en trámite.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE PRUEBAS

30. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/PRESI/2020/4532/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la CNDH, haciendo uso de un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de Derechos Humanos, de los antecedentes emitidos por este Organismo Nacional; así como, de criterios jurisprudenciales aplicables tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y la vida; así como, a la información en materia de salud, por inadecuada atención médica e inobservancia, producto de la omisión médico-administrativa y mala práctica médica, en agravio de V, atribuibles a personal médico del HGZ-3.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

31. 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.⁹

32. Por su parte, el numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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”*.¹⁰

33. 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.”*¹¹

⁹ CNDH, Recomendación 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28.

¹⁰ “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.

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

34. 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...”*.

35. Esta Comisión Nacional ha reconocido que el derecho a la salud, también debe entenderse como una prerrogativa de exigir al Estado, un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud y 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, aceptabilidad, y calidad”*.¹²

36. En la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, del 23 de abril de 2009, 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”*.

¹² CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la Salud”, párr. 24.

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

38. Para una mejor comprensión de este apartado, se realizará el análisis relativo a la atención médica que se brindó a V, en el HGZ-3.

A.1 Atención médica proporcionada a V en el HGZ-3

39. Aproximadamente a las 19:35 horas del 14 de septiembre de 2019, V acudió al servicio de Urgencias del citado nosocomio, donde por causas de ilegibilidad en el Triage y Nota inicial de urgencias solo se logró conocer la impresión diagnóstica de una “...*ictericia en estudio...*”, así como, la indicación de realizar estudios de laboratorio y administración de soluciones intravenosas, pero desconocen los datos del médico responsable de brindar la atención médica, ante la ilegibilidad de la “nota médica inicial” que se elaboró.

40. Al día siguiente, a las 23:03 horas, es decir, aproximadamente 27 horas después a su ingreso, V fue valorado por cirugía general en cuya nota médica AR2, refirió que fue ingresado al área de urgencias por presentar cuadro clínico caracterizado por “...*ictericia, coluria, dispepsia¹³ y pérdida ponderal ...*”, cuyo inicio de sintomatología había sido

¹³ DISPEPSIA. Malestar en la parte superior del abdomen que se describe como sensación de ardor, hinchazón o gaseosidad, náuseas o sensación de saciedad demasiado rápido al comenzar a comer.

referido por su esposa aproximadamente de 14 días, indicando, además, un dolor abdominal de características inexplicables.

41. Con la descripción de la exploración física que le fue realizada a V, por el especialista en cirugía general, se corroboró el diagnóstico inicial del servicio de Urgencias sobre la posible presencia de ictericia, lo cual, fue reforzado con el auxilio de los estudios de laboratorio, pues de ellos se observó una hiperbilirrubinemia¹⁴ directa y aumento en enzimas específicas que orientaban a un daño hepático.

42. Además, también se contaba con un estudio de Ultrasonografía y Tomografía previamente realizados a la atención hospitalaria institucional de V, en donde se refleja la presencia de una lesión ocupativa a nivel de la vía biliar.

43. Por lo tanto, existe evidencia de que, al ingreso de V, a través del servicio de Urgencias del HGZ-3, el dato clínico de ictericia era acorde con los reportes en los primeros estudios de laboratorio, con presencia de una “hiperbilirrubinemia conjugada o directa” con bilirrubina total de 8.40 mg/dL, bilirrubina conjugada o directa de 3.00 mg/dL (35%), y bilirrubina no conjugada o indirecta de 5.40 mg/dL (64%).

44. Lo anterior, con base en la bibliografía especializada, se tiene que, entre las causas de hiperbilirrubinemia directa se encuentra los síndromes colestásicos¹⁵; es decir, síntomas que reflejan la incapacidad para la excreción de sales biliares, bilirrubina conjugada y demás componentes de la bilis. Sin pasar por alto, que, de los hallazgos de

¹⁴ HIPERBILIRRUBINEMIA. Concentración de bilirrubina total mayor al 95%. Se define a la concentración de bilirrubina no conjugada (indirecta) mayor a 1.0 mg/dL, y a la concentración de bilirrubina conjugada (directa) mayor a 0.3 mg/dL. En general, la concentración sérica de la bilirrubina debe ser mayor de 2.5 a 3.0 mg/dL para que la ictericia sea visible. La hiperbilirrubinemia se separa en dos clases: no conjugada o indirecta (más del 80% de la bilirrubina total) y la conjugada o directa (más del 30% de la bilirrubina total).

¹⁵ COLESTÁSICOS. Cualquier infección en la que se reduce u obstruye el flujo de la bilis del hígado

laboratorio, se observó un aumento en la fosfatasa alcalina y ligero incremento en la alaninoaminotransferasa (ALT); así como, leucocitosis (12,000/mL).

45. De las anteriores evidencias que forman parte del expediente de queja, se puede afirmar que, en el momento de la primera valoración realizada por el servicio de Cirugía General a V, ya se contaba con datos tanto clínicos como por laboratorio de “Síndrome colestásico”, justificado por: ictericia, coluria e hiperbilirrubinemia directa o conjugada;

46. Sobre todo, si ya se tenían datos ultrasonográficos y tomográficos de que dicho síndrome se debía a la obstrucción de la vía biliar, al describir: “...*dilatación de la vía biliar principal extrahepática de hasta 1 cm de diámetro con lesión ocupante de colédoco...*”; luego entonces, era claro el padecimiento de V y por ende, la urgencia de su intervención quirúrgica, dado la infección bacteriana que padecía por obstrucción de los conductos biliares.

47. Si bien, el diagnóstico de AR2 fue acorde al padecimiento de V; tomando en consideración que además se presentaba un aumento de la fosfatasa alcalina, en la ALT y leucocitosis acorde a los estudios de laboratorio, debió haberse integrado la sospecha diagnóstica de una colangitis¹⁶, independientemente de que la presentación habitual de la misma contemple lo que se conoce como “Triada de Charcot” que implica la presencia de fiebre, dolor en cuadrante superior derecho o epigástrico, e ictericia”, máxime si el cuadro puede ser atípico especialmente en personas de edad avanzada, como en el caso que nos ocupa, en donde suele no evidenciar síntomas notables hasta colapsar por septicemia; por lo que, se tenía la obligación de parte del especialista de cirugía general AR2 en el HGZ-3, de contemplar y prever dicha posibilidad diagnóstica.

¹⁶ COLANGITIS. Infección bacteriana ascendente vinculada con una obstrucción parcial o total de los conductos biliares.

48. Sobre todo, si AR2 médico tratante en ese momento, había indicado el estudio de “colangiorensonancia” con base en la sospecha diagnóstica de una neoplasia maligna a nivel de las vías biliares, y además, ya contaba con evidencia de obstrucción biliar de conformidad con los datos ultrasonográficos y tomográficos; por lo tanto, la posibilidad de la presencia de una colangitis o el riesgo de su desarrollo obligaba a la realización de otros estudios diagnósticos sugeridos por la Literatura Médica Especializada y Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Vías Biliares, como es el caso, de la tomografía axial computarizada (TAC) y el ultrasonido endoscópico o CPRE; pues, resulta útil en casos de tumores de la vía biliar distal. Así mismo, se requería que éstos fueren realizados de forma urgente para estar en condiciones de tener un diagnóstico temprano y tratamiento médico-quirúrgico oportuno para V; tal como lo establece la fracción segunda del artículo octavo del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica, establece que las actividades de atención médica son “curativas”, para evitar con ello una posible complicación que pusiera en riesgo la vida del paciente.

49. No obstante, no se contempló esa posibilidad diagnóstica en V, desde su atención inicial por parte del médico especialista en el HGZ-3, lo que permite establecer que la atención médica proporcionada a V en ese hospital fue inadecuada para su padecimiento, al no realizar el protocolo de estudio adecuado para el cuadro clínico que presentó V.

50. Ahora bien, por lo que corresponde en lo específico a que las autoridades médico-administrativas del HGZ-3, incurrieron en inobservancia al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (artículo 19, fracción I), en la omisión en el trámite y realización a V del estudio de colangiorensonancia que había solicitado el médico tratante.

51. Al respecto tenemos que de las evidencias que forman el expediente de queja, se constata que el día 18 de septiembre de 2019, es decir, 4 días después del ingreso inicial de V a través del servicio de urgencias de HGZ-3, en su nota de evaluación el médico de base de Cirugía General AR3 refiere haber solicitado “...*estudio de colangiografía por posible tumoración de vía biliar o pancreatitis juzgando por la clínica y grupo de edad...*”.

52. Lo anterior, fue corroborado con la “solicitud de interconsulta” suscrita por el mismo doctor AR3, en donde solicitó apoyo al servicio de Imagenología del HGR-1, para la realización de una “colangiografía”.

53. No obstante, la solicitud del estudio de referencia vía interconsulta, en las notas médicas de evolución encontradas en el expediente clínico de V, los días 18,19 y 20 de septiembre de 2019, se menciona que se encontraban en espera de la realización del estudio de *colangiografía* solicitada.

54. En la jornada acumulada del 22 de septiembre de 2019, AR4 expresó que V se encontraba clínicamente sin cambios, con manejo ya establecido y aún en espera de la *colangiografía*, incluso indicado en ese momento, sin ameritar tratamiento quirúrgico urgente.

55. Posteriormente, en diversa nota médica suscrita por el AR3, el día 24 de septiembre de 2019, refirió a V con siete días de estancia intrahospitalaria, además de expresarse que el paciente se refería asintomático, se consignó nuevamente la falta de respuesta por parte del HGR-1, para la realización de estudio de *colangiografía*.

56. También en diversa nota médica del 26 de septiembre de 2019, el médico especialista en cirugía general, AR1 hizo constar que se le asignó la responsabilidad en la atención de V, en respuesta a una solicitud de cambio de médico de parte de un miembro de la familia, por inconformidad en el manejo médico realizado por AR3.

57. En la primera valoración del doctor AR1, ocurrida el 26 de septiembre de 2019, refirió en su nota médica correspondiente que, como parte de su protocolo diagnóstico/terapéutico y con la finalidad de conocer el origen de la obstrucción de la vía biliar, sugería la realización de un CPRE o colangiografía. Sin embargo, el diagnóstico y tratamiento continuaron sin realizarse, puesto que no existe evidencia de que se haya practicado.

58. El 27 de septiembre de 2019, en nota médica suscrita por el médico tratante AR1 menciona que familiar de V solicitó el trámite de *“alta transitoria”*, para que por sus propios medios se le pudiera realizar la *colangiografía*, ante la falta de respuesta de la unidad médica a quien se le solicitó el apoyo, la cual, había sido tramitada por el médico tratante AR3, desde el 18 de septiembre de 2019.

59. Por lo tanto, en base a las constancias médicas que integran el expediente clínico que forma parte de las evidencias, se advierte que V permaneció hospitalizado durante el periodo comprendido del 18 al 27 de septiembre (nueve días), sin la realización del estudio de colangiografía solicitada, al grado de provocar que la familia solicitara el alta transitoria de V, ante la omisión de la autoridad médico-administrativa (responsable de los establecimientos que prestan servicios de atención médica) del HGZ-3 del IMSS,

en el trámite y realización del estudio de colangiografía que debieron practicarle a V, con toda oportunidad para no dilatar su diagnóstico.

60. Lo anterior, no obstante que de conformidad a la fracción I del artículo 19 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, contempla que los responsables de los establecimientos que prestan servicios de atención médica deben vigilar el desarrollo del procedimiento, para asegurar la oportuna y eficiente prestación del servicio, lo que en la especie no aconteció.

61. En el mismo sentido, el artículo 26 del ya invocado Reglamento, menciona que “...*los establecimientos que presten servicios de atención médica contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos...*”

62 Por ello, se afirma que las autoridades médico-administrativas del HGZ-3, incurrieron en una inobservancia a dicho Reglamento en la omisión del estudio de “*colangiografía*” solicitado por el médico tratante para V.

63. Por lo tanto, en base a lo anterior y las evidencias recabadas en el expediente de queja, es factible establecer, que desde el punto de vista médico legal, la inobservancia de las citadas autoridades constituye una responsabilidad de tipo Institucional, ante la falta de diagnóstico temprano y tratamiento médico-quirúrgico oportuno; así como, la omisión en el trámite y realización del estudio de colangiografía que desde un principio indicaron AR1 y AR3 a V.

64. Como consecuencia tenemos, que la dilación en el diagnóstico oportuno de una colangitis referente a una infección bacteriana vinculada a una obstrucción parcial o total

de los conductos biliares, propició la imposibilidad de que a V, se le pudiera estabilizar a través de la prescripción médica correspondiente, y posterior oportuno drenado del conducto biliar obstruido; sin embargo, nada de esto ocurrió, y por lo contrario, las autoridades médico-administrativas del HGZ-3, omitieron el trámite y realización del estudio de colangiografía, que trajo como consecuencia la contribución en el deterioro del estado de salud de V y su posterior fallecimiento.

65. Por otra parte, también de las evidencias se desprende, que los médicos especialistas encargados de la atención médica de V, AR1, AR2, AR3 y AR4, del servicio de Cirugía General del HGZ-3, incurrieron en mala práctica médica, por omisión, al no haber solicitado la realización de otros estudios diagnósticos y no haber llevado a cabo el traslado a otra unidad médica que garantizara el tratamiento de V, cuando no obtuvieron respuesta institucional para la realización del estudio de colangiografía.

66. Ello es así, ya que no obstante la existencia de la solicitud de estudio de colangiografía, por el primer médico cirujano tratante de V, y que la Guía de Práctica Clínica Diagnóstica y Tratamiento del Cáncer de Vías Biliares, menciona que el citado estudio es el método óptimo para la sospecha de colangiocarcinoma¹⁷, así como, de los resultados de un estudio ultrasonográfico y tomográfico previamente realizado a la atención hospitalaria institucional a V; no existe evidencia de que AR1, AR2, AR3 y AR4, hayan realizado una acción con la finalidad de resolver la problemática en la dilación de los estudios y por ende, el diagnóstico y tratamiento a V que continuaba sin realizarse.

¹⁷ COLANGIOCARCINOMA. Tumor que se origina en el epitelio biliar en cualquier parte del árbol biliar.

67. Incluso de parte de AR1, quien, en su primera valoración a V ocurrida el 26 de septiembre de 2019, refirió en su nota médica correspondiente que como parte de su protocolo diagnóstico/terapéutico y con la finalidad de conocer el origen de la obstrucción de la vía biliar, sugería la realización de una CPRE o colangioresonancia, sin embargo, se reitera, nada hizo al respecto para resolver la problemática en la dilación de los estudios y, por ende, el diagnóstico y tratamiento a V, no fueron los adecuados.

68. Las anteriores conductas omisivas de parte de los médicos especialistas AR1, AR2, AR3 y AR4, las llevan a cabo, no obstante que los médicos como parte de la *obligación de medios*, deben poner toda su diligencia al servicio del paciente; es decir, que se comprometen a otorgar atención médica con la intención de lograr el mayor beneficio posible.

69. Por lo tanto, al no haber existido una respuesta favorable para la realización de la colangioresonancia por parte de la institución, que como ya se analizó en numerales atrás, eso constituyó una responsabilidad institucional, en este caso, los médicos tratantes AR1, AR2, AR3 y AR4, estaban obligados a solicitar de forma oportuna la realización de otros estudios diagnósticos sugeridos tanto por la bibliografía médica especializada, como por la Guía Práctica Diagnóstica y Tratamiento del Cáncer de Vías Biliares.

70. Luego entonces, dentro de sus obligaciones, debían ejercer la acción de traslado de V, a otra unidad médica que garantizara su tratamiento de conformidad con el artículo 74 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; sin embargo, ninguno de ellos lo hizo.

71. Derivado de lo anterior, tenemos que los médicos tratantes AR1, AR2, AR3 y AR4, con su conducta omisiva, incurrieron en malas prácticas médicas, al no haber solicitado la realización de otros estudios diagnósticos a V; y/o no haber realizado su traslado a otra unidad médica que garantizara su tratamiento, al no obtener respuesta institucional para la realización del estudio de colangioresonancia.

72. De igual forma, se advierte de las evidencias recabadas en el expediente de queja, que, ante la falta de diagnóstico y tratamiento, los familiares de V solicitaron su egreso para realizarle el estudio de colangioresonancia de forma extrainstitucional, y dos días después nuevamente fue valorado V en el HGZ-3, donde atendiendo el estudio realizado fuera de la institución, se solicitó de manera urgente al servicio de Endoscopia de la Unidad Médica de Alta Especialidad del IMSS, en Ciudad Obregón, Sonora, la realización de una CPRE como manejo terapéutico.

73. Sin embargo, el día 30 de septiembre de 2019, V fue valorado nuevamente por AR1, médico especialista adscrito al servicio de Cirugía General del HGZ-3 del IMSS, encargado de su atención médica, quien tomó la decisión de egresarlo a su domicilio, aun cuando de la exploración física que le hizo a V describió marcada ictericia y necesidad de oxígeno suplementario.

74. Dicho egreso no encuentra justificación puesto que, ya se tenía un diagnóstico fundamental de un “síndrome colestásico secundario a lito en el conducto hepático común” y la posibilidad de una proceso de colangitis en evolución; así como, solicitud urgente para la realización de una CPRE a V en el HGZ-3, aunado a lo anterior, datos persistentes de obstrucción de la vía biliar (ictericia, coluria, acolia), sin pasar por alto,

que, como parte del tratamiento sugerido por la bibliografía médica especializada, la CPRE es el método terapéutico recomendado.

75. Contrario a la acción injustificada de egreso de V, este ameritaba un traslado urgente a otra unidad médica que garantizara su manejo médico-quirúrgico inmediato, ante la posibilidad de una complicación que pusiera en riesgo su vida; sin embargo, resulta evidente que AR1 no tomó en consideración la dilación en el diagnóstico y, por ende, la tardanza en el manejo médico-quirúrgico de V.

76. Por tales motivos, de las evidencias que obran en el expediente y principalmente de la Opinión Especializada en materia de salud de esta Comisión Nacional, la atención de AR1 a V, fue inadecuada, incurriendo en mala práctica médica por acción, al realizar un egreso precipitado e injustificado; y, por el contrario, no haber referido a V, de manera inmediata al siguiente nivel de atención.

77. Con ambas conductas de omisión de AR1, AR2, AR3, AR4 y de acción de AR1, analizadas anteriormente y debidamente puntualizadas en la Opinión Especializada, se puede establecer que las mismas contribuyeron a un deterioro en el estado de salud de V y su posterior fallecimiento, dado que la evolución de la enfermedad, sin una intervención médica adecuada, producto de una mala praxis médica, permitió que su estado de salud se deteriorara drásticamente, con un cuadro severo de colangitis, que el día 14 de octubre de 2019, lleva a la muerte a V.

78. Derivado del análisis llevado a cabo en este apartado de violación a la protección de la salud de V, basado en las constancias producto de la investigación del expediente de queja, y fundamentalmente en la Opinión Especializada en materia de salud que obra en

constancias, se puede establecer que en el HGZ-3, AR1, AR2, AR3, y AR4, incurrieron en una inadecuada atención médica e inobservancia médico-administrativa por el personal de salud, negligencia y mala práctica, respectivamente, las cuales contribuyeron al deterioro de la salud de V, y su posterior fallecimiento; con lo cual, trasgredieron los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafo cuarto constitucionales; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud.

B. VIOLACIÓN AL DERECHO A LA VIDA

79. 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 vida¹⁸-. Los DESC funcionan como derechos “*punto*” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales, como ocurrió al derecho humano a la vida de V.

80. 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

¹⁸ 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 Ximenes Lopes Vs. Brasil*”. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

Deberes del Hombre, y el artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto a que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

81. 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 ejercicio¹⁹, 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.

82. 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...”*.²⁰

83. 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*

¹⁹ CrIDH, “Caso González y otras (Campo Algodonero) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 232.

²⁰ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Tesis 163169. P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, pág.24.

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”.²¹

84. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inobservancia de las autoridades médico-administrativas, como responsables de los establecimientos que prestaran servicios de atención médica a V, del HGZ-3; así como, la mala práctica médica tanto por omisión como por acción respectivamente en HGZ-3 de parte de AR1, AR2, AR3 y AR4, deben ser reproducidas como el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

85. Como se precisó en la Opinión Especializada en materia de salud, emitido por especialista de esta Comisión Nacional, las autoridades médico-administrativas del HGZ-3, incurrieron en inobservancia al reglamento a la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en su artículo 19; fracción 1, en la omisión en el trámite y realización del estudio de colangiografía solicitada por el médico tratante, lo que trajo como consecuencia una dilación en el diagnóstico, contribuyendo ello en el deterioro del estado de salud de V y sus posterior fallecimiento.

86. De igual forma, en la Opinión Especializada referida, se explicó que, en base al análisis de todo el caso clínico, así como, de las complicaciones en la salud que llevaron al fallecimiento de V, se pudo establecer que AR1, AR2, AR3 y AR4, quienes le brindaron atención en el área de servicio de cirugía General, incurrieron en mala práctica médica por omisión, al no haber solicitado la realización de otros estudios diagnósticos sugeridos por la literatura médica especializada y Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y

²¹ “No llevar otro propósito que el bien y la salud de los enfermos”, fue la base del juramento que Hipócrates les hizo hacer a sus discípulos, que llevarían a lo largo del mundo la medicina.

Tratamiento del Cáncer de Vías Biliares y/o no haber realizado su traslado a otra unidad médica que garantizara su tratamiento, al no obtener respuesta institucional para la realización del estudio de colangioresonancia; y que, dicha conducta omisiva contribuyó a que se presentara un deterioro en el estado de salud y el posterior fallecimiento de V.

87. También existen evidencia para establecer, que AR1 le brindó a V atención, incurriendo en mala práctica médica, por acción, al haberlo egresado de forma precipitada e injustificada el día 30 de septiembre de 2019, sin haber referido de manera inmediata al siguiente nivel de atención donde se garantizara su tratamiento, contribuyendo dicha actuación en que se presentara un deterioro en su estado de salud y en el posterior fallecimiento de V.

88. Con las citadas conductas, claramente evidenciadas en la Opinión Especializada que fue emitida por especialista de esta Comisión Nacional, y que por ende, obra en el expediente de queja, se incumplió de parte de las autoridades médico-administrativas del HGZ-3 y por AR1, AR2, AR3 y AR4, con lo dispuesto en los artículos 7 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas 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 cual no sucedió ante la inadecuada atención e inobservancia médica y mala práctica médica, tanto por omisión como acción, ya descritas, que tuvieron como consecuencia el fallecimiento de V.

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

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

90. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, párrafo 27, emitida el 31 de enero de 2017, consideró 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”*²².

91. Resulta aplicable 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 controlarlas 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 naturaleza²³.

92. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas 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. Con todo, el acceso a la información*

²² CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

²³ CNDH. Recomendaciones: 28/2021, párrafo 103; 4/2021, párrafo 156; 2/2021, párrafo 81; 87/2020, párrafo 114; 80/2019, párrafo 66; 1/2018, párrafo 76; 56/2017, párrafo 120; 50/2017, párrafo 88; 47/2016, párrafo 87; 35/2016, párrafo 171 y 14/2016, párrafo 41.

*no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”.*²⁴

93. La 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...”*.

94. 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 clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”*²⁵.

95. 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

²⁴ 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.

²⁵ CNDH. Recomendación General 29/2017.

la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona²⁶.

96. Por lo que se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de V, que fueron enviadas a este Organismo Nacional con motivo de la queja presentada.

C. 1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

97. Las irregularidades descritas en la elaboración del expediente clínico de V constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, tan es así; que en diversas Recomendaciones, se han señalado las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, a pesar de que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.

98. No obstante, de las Recomendaciones, el personal médico, en algunos de los casos, persisten en no dar cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud.

99. 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.

²⁶ *Ibidem*, párrafo 34.

100. Del expediente clínico elaborado por la atención médica que se le brindó a V, integrado en el HGZ-3, se advirtió inobservancia a la NOM-004-SSA3-2010, al omitir realizar por parte de personal médico adscrito al servicio de Cirugía, la “nota de ingreso” a hospitalización; la “Historia Clínica” y “notas de evolución” durante el periodo comprendido del 15 al 18 de septiembre de 2019, involucrando dicha inobservancia también al establecimiento e institución, al ser solidariamente responsables de su cumplimiento.

101. Incumpliendo con ello, los numerales 8; 8.1; 8.2; y 8.3; de la NOM-004-SSA3-2010, los cuales, establecen que en relación con las “notas médicas” de ingreso en hospitalización *“Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:(...); Historia clínica; y Nota de Evolución”*.

D. RESPONSABILIDAD

D.1. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

102. Además de las responsabilidades que de manera individual por parte del personal involucrado en los hechos que se analizarán seguidamente en la presente Recomendación, esta Comisión Nacional considera necesario enfatizar de parte del HGZ-3, la falta de infraestructura, recursos e insumos médicos en diversos momentos de la atención de las víctimas, dado la atención inadecuada y falta de inmediato despliegue de las labores concretas para la atención de V, en relación a su padecimiento y solicitud del médico tratante.

103. En principio, la falta en el área de urgencias del HGZ-3, de personal especializado y capacitado, para darle una atención adecuada acorde al cuadro clínico que presentaba V, en relación al diagnóstico probable de obstrucción biliar, y la no realización oportuna

por parte del servicio de Cirugía General del mismo nosocomio, del estudio de “colangiografía” indicado por los médicos tratantes AR3 y AR1, los días 18 y 26 de septiembre de 2019, respectivamente; lo que aumentó su morbilidad y mortalidad, e impidió su atención integral, implicando la inobservancia de lo previsto en los numerales 18, 19 y 26 de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, sobre la obligación de los establecimientos médicos de contar con los recursos físicos, tecnológicos y humanos necesarios para prestar los servicios de atención médica.

104. En ese aspecto, el artículo 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, establece: “...cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución que asegure su tratamiento y que estará obligado a recibirlo...”.

105. Por ello, con las citadas omisiones, el HGZ-3 no cumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba, toda vez que el servicio que se les proporcionó a V fue inadecuado, al no realizar el protocolo de estudios acorde a su cuadro clínico, y tampoco se implementaron los mecanismos necesarios y suficientes para solventar la falta de recursos médicos o materiales, que impedían la realización oportuna de un procedimiento quirúrgico, que era necesario concretar dada la situación de vulnerabilidad en la que V se encontraba, aunado a que no agotó los recursos para que este fuera trasladado oportunamente al siguiente nivel de atención que asegurara la eficaz prestación de los servicios que ameritaba.

106. Por tanto, la falta de personal capacitado y los recursos necesarios, implicó responsabilidad institucional para el IMSS, que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, pues no se garantizó una atención médica

profesional e integral para V, acorde con lo previsto en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que en términos generales establece que los pacientes tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes, configurándose de tal manera una responsabilidad institucional de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7, párrafo primero y tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

D.2. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

107. La responsabilidad generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, analizadas y evidenciadas, corresponde a AR1, AR2, AR3 y AR4, como médicos especialistas adscritos al servicio de cirugía general del HGZ-3, al concluirse que la misma consistió en lo siguiente:

108. AR1, AR2, AR3 y AR4, incurrir en mala práctica médica, por omisión, al no solicitar la realización a V, de otros estudios diagnósticos sugeridos por la literatura médica especializada y Guía de práctica *Clínica Diagnóstica y Tratamiento de Cáncer de Vías Biliares*; y/o no haber realizado su traslado a otra unidad médica que garantizara su tratamiento, al no obtener respuesta institucional para la realización del estudio de colangioresonancia; conducta que contribuyó en que se presentara un deterioro en el estado de salud de V y en su posterior fallecimiento.

109. Así mismo, AR1, también incurre en malas prácticas médicas, por acción, al haber egresado a V de HGZ-3 de forma precipitada e injustificada, el 30 de septiembre de 2019, sin haberlo referido de manera inmediata al siguiente nivel de atención donde se garantizará su tratamiento; lo cual contribuyó de igual forma en que se presentara un deterioro en el estado de salud y posterior fallecimiento de V.

110. Consecuentemente, este Organismo Nacional considera que existen evidencias suficientes para determinar que la conducta por omisión atribuida a AR1, AR2, AR3 y AR4, y de acción al primero, evidencian responsabilidades que deberán ser determinadas por las autoridades correspondientes, puesto que incumplieron de manera respectiva, con las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y II, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que establecen de forma genérica, que todos los servidores públicos deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público; y que, para la efectiva aplicación de dichos principios, también deben 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. Si bien es cierto que, la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

111. En consecuencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política; 6º, fracción III; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la CNDH, y 63 del Reglamento Interno, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones, dará seguimiento al Procedimiento Administrativo en el Órgano Interno de Control de IMSS, mismo que se inició con motivo de la Denuncia Administrativa promovida por este Órgano Nacional, sustentada en la Opinión Médica emitida por Médico Especialista en Materia Legal adscrito a esta Comisión Nacional, al actualizar responsabilidad institucional y administrativa del HGZ-3 del IMSS.

112. Adicionalmente, esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la Carpeta de Investigación E5, que integra la FGR, Delegación Estatal Sonora, con motivo de la denuncia de hechos presentada el 31 julio de 2021, por QVI, para que en el ámbito de su competencia considere los argumentos vertidos por este Organismo Nacional en el trámite de la citada Carpeta.

E. Reparación Integral del Daño y Formas de dar cumplimiento

113. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente y otra, es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 64 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.

114. 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), 73, 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, y último párrafo; 112, 126, fracción VIII, 130 y 131

de la Ley General de Víctimas, y demás aplicables del *Acuerdo por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones 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 4 de mayo de 2016, y del *Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el otorgamiento de Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral (RAARI) a personas en situación de víctimas* publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de marzo de 2021, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por inadecuada atención médica; inobservancia al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en la omisión en el tratamiento y realización de estudios; y, malas prácticas médicas por omisión y acción, y en consecuencia la violación al derecho a la vida de V; por lo que deberá de colaborar en el trámite ante la CEAV, para su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas a QVI, a efecto de que se le brinde acceso al fondo de ayuda, asistencia y reparación integral del daño.

115. 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, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

116. En el *Caso Espinoza González Vs. Perú*, la CrIDH asumió que: “...toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”, además precisó que “... las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”²⁷.

117. Sobre el “deber de prevención”, la CrIDH sostuvo que este: “... *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte ...*”²⁸.

118. Derivado de ello, y con motivo de la presente Recomendación, se deberán de generar las acciones que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión a fin de garantizar: (i) una adecuada atención médica a los paciente de acuerdo a su padecimiento; (ii) que no se incurra en inobservancia al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en cuanto a la omisión en el trámite y realización de estudios solicitados por el o los médicos tratantes; (iii) que no se incurra en malas prácticas médicas, por la omisión, de realizar otros

²⁷ CrIDH, *Caso Espinoza González Vs. Perú*, Excepciones, Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

²⁸ CrIDH, *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*, Fondo, sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

estudios diagnósticos sugeridos por la literatura médica especializada y Guía de Práctica invocada en esta Recomendación, al paciente, al no obtener respuesta institucional para la realización de un estudio solicitado por el médico tratante; (iii) la obligación de llevar a cabo traslados a otra unidad médica que garantice el tratamiento de los pacientes, cuando no se obtiene respuesta institucional para la realización de un estudio solicitado por el médico tratante; (iiii) el no incurrir en malas prácticas médicas, por acción, al egresar a pacientes de forma precipitada e injustificada, sin referirlos de manera inmediata al siguiente nivel de atención donde se garantice su tratamiento; y, (iiiii) se adopten las medidas efectivas para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012.

119. En ese tenor, esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los siguientes términos:

a) Medidas de rehabilitación

120. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices –instrumento antes referido–, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

121. En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con los artículos 27, fracción II, y 62 fracción I, de la Ley General de Víctimas, como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación se deberá brindar, en caso de que lo requieran, a QVI, atención psicológica y tanatológica, misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género,

de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por el fallecimiento de V.

122. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima indirecta, 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

123. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*.²⁹

124. 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.

125. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V y QVI, a través de

²⁹ Caso Bulacio Vs. Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), Párrafo 90.

la noticia de hechos de la presente Recomendación, acompañada del Formato Único de Declaración de esa Comisión Ejecutiva, y una vez que se emita el dictamen correspondiente, conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño que se les causo, que incluya una compensación justa en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

c) Medidas de Satisfacción

126. 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 fracción V, 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.

127. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS, colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras competentes, en el trámite y seguimiento a la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presentó en el Órgano Interno de Control de ese Instituto, mediante oficio CNDH/HMO/846/2022, de fecha 22 de septiembre de 2022, en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación. Igualmente, coadyuvar con la autoridad para la integración de la Carpeta de Investigación E5, que lleva la FGR, Delegación Estatal Sonora, con motivo de la denuncia de hechos presentada el 31 de julio de 2021 por QVI y se remitan en su oportunidad las constancias con que se acredite su cumplimiento.

128. Por lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, se deberá informar las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

d) Medidas de no repetición

129. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V; 74, fracción IX; y 75 fracción IV, 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, 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.

130. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el plazo de seis 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 y las Guías de Práctica Clínica citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico, administrativo y directivos del HGZ-3, en particular a AR1, AR2, AR3 y AR4, el cual, deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible en medios magnéticos y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, y se deberá realizar un registro de participantes, temarios del curso, constancias y/o diplomas otorgados, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

131. Además, respecto del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), cuyo propósito es impulsar la integración y evaluación del expediente

clínico, como documento básico para la asistencia, docencia e investigación en todos los establecimientos del sector salud con base en la NOM-004- SSA3-2012.

132. Todos los cursos de capacitación serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en materia de derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de ese Instituto que los reciba. También se deberá mencionar en cada curso, que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación; finalmente, dichos cursos podrán realizarse a distancia, por considerar la actual pandemia por COVID-19.

133. Asimismo, en el plazo de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de la unidad médica del IMSS del HGZ-3, 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 mismo, para que adopten las medidas efectivas para la debida integración del expediente clínico de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012, una vez cumplido, se supervise durante un periodo de seis meses el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con el objeto de garantizar su no repetición, y una vez hecho lo anterior, se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acrediten su cumplimiento del quinto punto recomendatorio.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la CEAV, para su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas a QVI y V, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación, acompañada de los Formatos Únicos de Declaración diseñado por la citada Comisión Ejecutiva, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI, que incluya una compensación justa y suficiente en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la CEAV, se otorgue atención psicológica y tanatológica que requieran QVI, por las violaciones a derechos humanos en agravio de V, que dieron origen a la presente Recomendación; la cual deberá brindarse por personal profesional especializado, de forma continua hasta que alcancen su total recuperación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y necesidades específicas, así como proveerles de los medicamentos convenientes a su situación. En ambos casos, 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. Colaborar ampliamente con la autoridad investigadora, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa presentada por esta Comisión Nacional, ante el Órgano Interno de Control del IMSS, en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, por las conductas de omisión y acción precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación; así como, coadyuvar con la autoridad ministerial para la integración de

la Carpeta de Investigación E5, que corre a cargo de la FGR, Delegación Estatal Sonora. Por lo que, esta Comisión Nacional deberá aportar la presente Recomendación y las evidencias en que se sustenta la misma, a los citados procedimientos administrativo y penal, respectivamente, con la finalidad que estas sean tomadas en consideración en el trámite y determinación de dichas indagatorias; hecho lo anterior, se deberán enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite dicha colaboración.

CUARTA. Diseñe e imparta en un término de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral de capacitación al personal directivo y médico del Servicio de Cirugía General”, del HGZ-3, en el que se incluya a AR1, AR2, AR3, y AR4, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos; derecho a la protección a la salud; al acceso a la información en materia de salud; observación de la NOM-004-SSA-2012 y la Guía de Práctica Clínica, citadas en este Recomendación, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen al presente instrumento recomendatorio. El curso deberá impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y evaluaciones. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire las instrucciones respectivas para que, en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular en la que se instruya al personal directivo y médico del Servicio de Cirugía General del HGZ-3, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, para que se lleven a cabo las acciones tendentes a evitar las violaciones a derechos humanos cuya violación quedaron demostrados en este documento Recomendatorio; así como, con el fin de garantizar el cumplimiento de NOM-004-SSA3-2012; hecho lo anterior, se supervise el

cumplimiento de esas y el resto de las medidas que se adopten, con el objeto de garantizar su no repetición; y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

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

136. 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.

137. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, que 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.

138. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá 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 de los Derechos Humanos, ante ello este Organismo Nacional solicitará 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. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA