

RECOMENDACIÓN NO. 45/2025

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL TRATO DIGNO DE PERSONA ADULTA MAYOR EN AGRAVIO DE V, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QVI1, QVI2, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6; ATRIBUIBLES AR1, AR2, AR3, AR4 Y AR5, PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS ADSCRITAS AL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA NÚMERO 7 Y HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 4, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN MICHOACÁN.

Ciudad de México, a 31 de marzo de 2025

**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 lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2024/3622/Q**, relacionado con el caso de V.

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, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 64 y 115 párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como 1, 6, 7, 9,10,11 y 12 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La información se pone en conocimiento de la autoridad recomendada a través del listado siguiente, en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con la finalidad de que se dicten las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Denominación	Claves
Persona Víctima	V
Persona Quejosa y Víctima Indirecta	QVI
Persona Víctima Indirecta	VI
Persona Autoridad Responsable	AR

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, dependencias, instancias de gobierno y normatividad en la materia se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV o Comisión Ejecutiva
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional o CNDH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Política
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Hipertensión Arterial en Adulto Mayor, IMSS-238-09, actualización 2017.	Guía-Hipertensión Arterial
Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST, GPC-IMSS-191-18, actualización 2018.	Guía-Síndrome Coronario Agudo ¹
Guía ESC (Sociedad Europea de Cardiología) 2023, sobre el Diagnóstico y Tratamiento de los Síndromes Coronarios Agudos.	Guía ESC-Síndrome Coronario Agudo

¹ El síndrome coronario agudo es un término que describe una serie de afecciones asociadas con una reducción repentina del flujo sanguíneo al corazón.

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Guía 2023 sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios agudos de la Sociedad Española de Cardiología.	Guía Española-Síndrome Coronario Agudo
Guía de Referencia Rápida Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer nivel, ISSSTE-339-08	Guía-TRIAGE ²
Hospital General de Subzona No. 7 del IMSS, ubicado en la Piedad, Michoacán.	HGSZ 7
Hospital General de Zona No. 4 del IMSS, ubicado en Zamora, Michoacán.	HGZ 4
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Ley General de Salud.	LGS
Ley General de Víctimas.	LGV
Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.	LCNDH
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	NOM-Del Expediente Clínico

² El Triage hospitalario en los servicios de urgencias son una escala de gravedad, que permite establecer un proceso de valoración clínico preliminar a los pacientes, antes de la valoración, diagnóstico y terapéutica completa en el servicio de urgencias.

Denominación	Siglas, acrónimos o abreviaturas
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social.	OIC-IMSS
Opinión en Medicina del personal Especializado de esta CNDH.	Opinión médica
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Reglamento-LGS
Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Reglamento-Prestaciones Médicas
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN

I. HECHOS

5. El 28 de febrero de 2024, esta CNDH tuvo conocimiento de la queja que presentaron QVI1 y QVI2, en contra de personas servidoras públicas adscritas al HGSZ 7 y al HGZ 4, por presuntas violaciones a derechos humanos en agravio de V, quien falleció el 14 de diciembre de 2023. Dichas violaciones derivaron de la inadecuada atención médica que recibió entre el 10 y el 14 de diciembre del mismo año, conforme a las siguientes circunstancias:

6. QVI1 y QVI2 externaron que V vivía con enfermedad de Parkinson³, y el 10 de diciembre de 2023 aproximadamente a las 23:30 le llevaron al servicio de Urgencias del HGSZ 7 debido a que comenzó a experimentar vértigo, disminución de la visión e incontinencia.

7. De acuerdo con la valoración inicial de parte de personal del servicio de Urgencias, V presentaba presión arterial alta⁴ y se ordenó la toma de muestras para exámenes de sangre, de cuyos resultados el personal de Urgencias informó que V sufrió posiblemente una angina de pecho⁵.

8. En narración se indicó que, el 12 de diciembre de 2023 a las 15:00 horas, V fue trasladada del área de Urgencias al área de hospitalización en el servicio de Pediatría (sic), aunque le comentaron que V debía continuar en observación.

9. Posteriormente, el 13 de diciembre de 2023 a las 12:00 horas, les informaron que V sería trasladada al HGZ 4, donde les dijeron que se requería un estudio llamado *cateterismo*⁶. Sin embargo, señalaron que dicho procedimiento no podía realizarse en esa unidad, ya que no contaban con el equipo necesario, por lo que deberían esperar un nuevo traslado a otra unidad médica que sí contara con el equipo requerido.

³ La enfermedad de Parkinson es un tipo de trastorno del movimiento. Ocurre cuando las células nerviosas (neuronas) no producen suficiente cantidad de una sustancia química importante en el cerebro conocida como dopamina.

⁴ Casi 200 mm Hg

⁵ La angina de pecho es un dolor en el pecho causado por la reducción del flujo sanguíneo al corazón.

⁶ El cateterismo cardíaco es una prueba o tratamiento para determinados problemas del corazón o los vasos sanguíneos, como la obstrucción de las arterias o los latidos irregulares. Se utiliza una sonda fina y hueca llamada catéter. El catéter se guía a través de un vaso sanguíneo hasta el corazón. El cateterismo cardíaco proporciona información importante sobre el músculo cardíaco, las válvulas cardíacas y los vasos sanguíneos del corazón.

10. Asimismo, manifestaron que les negaron el permiso para que un familiar permaneciera con V durante la noche, pese a la incontinenencia que sufría V, por lo que QVI1 advirtió que estaba en condiciones de desatención, ya que con frecuencia la encontraban con la ropa y la cama húmedas.

11. El 14 de diciembre de 2023, a las 07:00 horas, en el HGZ 4, VI6 familiar de QVI1 y QVI2 al estar en compañía de V, advirtió que comenzó a quejarse de un intenso dolor en el pecho y presentaba sudoración. Ante ello, informó de inmediato al personal de Enfermería; sin embargo, no se le brindó atención, pues le indicaron que el dolor pasaría y que se encontraba estable.

12. Minutos después, se presentó QVI1, quien relató que, al observar que los números de un equipo de monitoreo disminuían a niveles muy bajos, solicitó la intervención del personal médico cercano. Al revisar los parámetros del monitor, el personal ordenó de inmediato el traslado de V a otra área, en la que aparecía la leyenda “aislado”. Allí se le realizó reanimación cardiopulmonar (RCP)⁷ y, en ese momento, se le informó que iban a proceder con una intubación endotraqueal⁸. Sin embargo, dicha intubación no se realizó ya que, mientras le indicaban que V estaba en proceso de infarto⁹, poco después le informaron que V había fallecido.

13. QVI1 y QVI2 refieren que el proceso de infarto de V había comenzado mucho antes, pero no se le brindó atención, por lo que consideran que en la atención médica

⁷ La reanimación cardiopulmonar (RCP) es un tratamiento de emergencia que se realiza cuando alguien no respira o no tiene pulso, por ejemplo, cuando una persona tiene un ataque cardíaco o casi se ahoga.

⁸ La intubación endotraqueal es un procedimiento médico esencial que consiste en la inserción de un tubo en la tráquea para mantener abierta la vía aérea de un paciente.

⁹ El infarto agudo de miocardio es una necrosis miocárdica que se produce como resultado de la obstrucción aguda de una arteria coronaria.

proporcionada a V hubo discriminación debido a su edad y que el personal médico pareciera carecer de conocimientos necesarios sobre los síntomas de un infarto.

14. En virtud de lo narrado, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/1/2024/3622/Q**, a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos de V; asimismo, se solicitó copia de los expedientes clínicos, con informes de la atención médica que se le brindó a V en los HGSZ 7 y HGZ 4, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

15. Queja de QVI1 y QVI2 presentada a través del portal electrónico para queja en línea de este Organismo Nacional el 28 de febrero de 2024, anexando su escrito de queja, en donde señala además el nombre de VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6.

16. Acta circunstanciada del 4 de marzo de 2024, a través de la cual se hizo constar comunicación entre personal de esta Comisión Nacional y VI6, quien al contar con el carácter también de persona autorizada por QVI1 y QVI2, ratificó el escrito presentado en línea por QVI1 y QVI2, y externó que no tenían intención de presentar denuncia de hechos ante el ministerio público o acudir alguna otra instancia, pues sólo pensaban acudir a la Unidad de Atención a la Derechohabiencia del IMSS, pero, sin embargo, externó que en caso de que cambiaran de opinión, lo harían de conocimiento de este Organismo Nacional.

17. Correos electrónicos de 29 de abril y 9 de julio de 2024, a través de los cuales personal del IMSS remitió informes de las unidades médicas involucradas y anexó copia simple de los expedientes clínicos integrados con motivo de la atención médica que se le brindó a V en los HGSZ 7 y HGZ 4, entre el 10 y 14 de diciembre de 2023, así como de diversa documentación de la que se destaca la siguiente:

Del HGSZ 7.

17.1. Triage y nota inicial del 10 de diciembre de 2023 a las 23:31 horas, elaborada por personal médico adscrito del servicio de Urgencias.

17.2. Nota de evolución de urgencias del 11 de diciembre de 2023 a las 11:48 horas, registrada por AR1, personal médico adscrito al servicio de Urgencias.

17.3. Nota de valoración e indicaciones médicas del 11 de diciembre de 2023 a las 12:30, suscrita por AR2, personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna.

17.4. Notas de evolución del 11 y 12 de diciembre de 2023 a las 16:10 y 10:04 horas, respectivamente, registradas por AR1 personal médico adscrito al servicio de Urgencias.

17.5. Nota de ingreso a Medicina Interna del 12 de diciembre de 2023 a las 14:00 horas, suscrita por AR2 personal médico adscrito a este servicio.

17.6. Nota de evolución del 12 de diciembre de 2023 a las 15:00 horas, firmada

por AR3, personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna.

17.7. Nota de evolución de 12 de diciembre de 2023 a las 22:00 horas, registrada por AR4, personal médico adscrito al servicio de Medicina Interna.

17.8. Solicitud de Interconsulta para el servicio de Cardiología del HGZ 4 de 12 de diciembre de 2023 sin hora registrada, firmada por AR2 personal adscrito al servicio de Medicina Interna.

Del HGZ 4.

17.9. Triage y nota inicial del 13 de diciembre de 2023 a las 13:20 horas, elaborada por personal médico adscrito al servicio de Urgencias y nota médica y de prescripción del 13 de diciembre de 2023 a las 14:05 horas, suscrita por AR5, personal médico adscrito al servicio de Urgencias.

17.10. Nota médica del 13 de diciembre de 2023 a las 22:20 horas, elaborada por personal médico adscrito al servicio de Urgencias.

17.11. Nota de referencia al servicio de Hemodinamia/Cardiología del HGR 1, del 13 de diciembre de 2023 sin hora registrada, elaborada por personal médico adscrito al servicio de Urgencias.

17.12. Notas médicas del 14 de diciembre de 2023 de las 00:15 y 07:30 horas, respectivamente, suscritas por personal adscrito a la Subdirección Médica de ese nosocomio.

17.13. Nota médica del 14 de diciembre de 2023 a las 8:02 horas, agregada por personal médico adscrito al servicio de Urgencias.

17.14. Nota de defunción del 14 de diciembre de 2023 a las 8:35 horas, elaborada por personal del servicio de Urgencias.

17.15. Nota del servicio de Cardiología del 14 de diciembre de 2023 a las 8:48 horas, suscrita por personal adscrito al servicio de Urgencias.

17.16. Informe del IMSS del 18 de abril de 2024 por el que se indicó el nombre, matrícula y especialidad del personal médico adscrito al HGZ 4 que atendió a V.

17.17. Informe del IMSS sin fecha, por el que se indicó el nombre y matrícula del personal médico adscrito al HGSZ 7 que atendió a V.

18. Certificado de defunción del 14 de diciembre de 2023 indicando como causas del fallecimiento, infarto agudo de miocardio masivo¹⁰ e hipertensión arterial sistémica¹¹.

19. Opinión Médica emitida por personal especializado de este Organismo Nacional de 12 de septiembre de 2024, en la cual concluyó que la atención proporcionada a V en los HGSZ 7 y HGZ 4 fue inadecuada.

¹⁰ El infarto agudo de miocardio se produce cuando una arteria coronaria es obstruida y muere una porción del músculo cardíaco.

¹¹ La hipertensión arterial sistémica es la elevación de la presión arterial, que afecta a todas las arterias del organismo. Se presenta cuando los vasos sanguíneos mantienen una presión mayor a 140/90 mm Hg

20. Acta circunstanciada de 23 de enero de 2025, en la que se asienta que personal de esta Comisión Nacional estableció comunicación por teléfono con VI6, quien manifestó que no ha iniciado ningún procedimiento en la CONAMED, o en la FGR, sin embargo, precisó que si había interpuesto en marzo de 2024 una queja médica en el área de Técnicas y Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD) del IMSS, sin que a la fecha se hayan comunicado con él, por lo que desconoce el número de expediente y avance de esa queja.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

21. Esta Comisión cuenta con información de la tramitación de una Queja Médica interpuesta en marzo de 2024 en el área de Técnicas y Técnicos en Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD) del IMSS, sin que a la fecha se conozca el número de expediente y avance de esa queja.

22. Por otra parte, este Organismo Nacional no tuvo a la vista constancias que permitieran establecer que se hubiese iniciado algún procedimiento de investigación, ante la diversa autoridad. Lo anterior se confirmó por parte de VI6, en comunicación por teléfono el 24 de enero de 2025.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS EVIDENCIAS.

23. Del análisis realizado a los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2024/3622/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección a 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 SCJN como de la CrIDH, se cuentan con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos relativos a la protección de la salud, a la vida y la trato digno de V, así como acceso a la información en materia de salud de QVI1 y QVI2; atribuibles a personas servidoras públicas adscritas HGSZ 7 Y HGZ 4, en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

24. La protección de la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendido como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,¹² reconocido el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección¹³.

25. A nivel internacional, el derecho de protección de la salud se contempla entre otros ordenamientos, en el párrafo primero del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; en el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; párrafo 1, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000; en los artículos

¹² CNDH, Recomendaciones: 156/2023, párrafo 22; 154/2023, párrafo 33, 152/2023, párrafo 24; 148/2023, párrafo 29. 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 cual afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja y demanda la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

¹³ La SCJN ha establecido en la Jurisprudencia administrativa con registro 167530 que: “(...) El derecho a la salud comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas”.

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”; así como en la sentencia de la CrIDH del “Caso Vera y otra vs Ecuador”.

26. El derecho a la salud consiste en un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos, la salud constituye un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹⁴, sin embargo, la prerrogativa fundamental descrita fue vulnerada en el presente caso por parte de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en su calidad de garantes, como se describirá a continuación.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V.

❖ Antecedentes clínicos de V.

27. Al momento de los hechos que se investigan, V contaba con los siguientes antecedentes médicos relevantes: hipertensión arterial sistémica¹⁵ de 30 años de evolución tratada con medicamento antihipertensivo; vértigo¹⁶, sin tratamiento; artritis¹⁷, tratada con medicamento antiinflamatorio.

¹⁴ CrIDH. Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de noviembre de 2012. párr. 148.

¹⁵ La hipertensión arterial sistémica se define como la elevación sostenida de la presión arterial por encima de los valores normales

¹⁶ Ilusión de percibir movimiento en el entorno.

¹⁷ La artritis es la inflamación y el dolor de las articulaciones, que puede tener diferentes causas y tipos.

❖ **Atención médica brindada a V en el HGSZ 7.**

28. El 10 de diciembre de 2023 a las 22:00 horas se presentó V en el servicio de Urgencias del HGSZ 7, manifestando sentir dolor de tipo urente¹⁸ por detrás del esternón¹⁹ continuo de moderada intensidad, así como náusea y vómito, que de acuerdo a la nota inicial y de Triage²⁰ de las 23:31 horas fue clasificado como Nivel de Gravedad III, amarillo (indicativo que en ese momento la persona presentaba una urgencia y que debía ser valorada en menos de 30 minutos); valoración que de acuerdo a la opinión médica fue adecuada y apegada a la Guía-TRIAGE.

29. A las 23:50 horas de ese 10 de diciembre, V fue valorada por personal médico adscrito al servicio de Urgencias, quien observó que presentaba elevación de la tensión arterial (201/85)²¹, de la frecuencia cardíaca (108 latidos por minuto²²) y respiratoria (22 respiraciones por minuto²³), sin fiebre y con saturación de oxígeno en sangre dentro de los valores normales, así como estado neurológico íntegro, con ruidos cardíacos normales. Indicando realizar electrocardiograma²⁴, donde se advirtió frecuencia cardíaca de 60 latidos por minuto, sin alteraciones de segmentos, ondas o intervalos.

¹⁸ El dolor urente es una sensación de quemazón o ardor que puede localizarse en distintas partes del cuerpo.

¹⁹ El esternón es un hueso del tórax que ayuda a proteger al corazón y los pulmones.

²⁰ El Triage hospitalario en los servicios de urgencias son una escala de gravedad, que permite establecer un proceso de valoración clínico preliminar a los pacientes, antes de la valoración, diagnóstico y terapéutica completa en el servicio de urgencias.

²¹ El valor normal de la tensión arterial en adultos es menos de 120/80 mmHg.

²² La frecuencia cardíaca o pulsaciones que el corazón late por minuto se ha estimado es un valor normal en adultos entre 60 a 100 latidos por minuto.

²³ La frecuencia respiratoria normal en adultos es de 12 a 20 respiraciones por minuto.

²⁴ El electrocardiograma es un examen que mide la actividad eléctrica del corazón y puede detectar arritmias, infartos, inflamaciones o soplos

30. Derivado de estas mediciones y los resultados del electrocardiograma, se emitió un diagnóstico inicial en V, de dolor torácico en estudio e hipertensión arterial descontrolada, con la indicación de descartar gastritis²⁵, por el consumo de diclofenaco que V tomaba habitualmente; y como tratamiento se prescribió una medicación para atender la hipertensión y posible gastritis, así como se ordenó la realización de estudios de laboratorio en muestras de sangre de V.

31. Diagnóstico inicial y tratamiento que de acuerdo a la opinión médica fueron adecuados, al cumplir de manera particular con lo previsto en la Guía-Síndrome Coronario Agudo, que recomienda que en los síndromes coronarios agudos, el diagnóstico y la estratificación inicial del riesgo se base en la historia clínica, los síntomas, signos vitales, otros hallazgos físicos, el electrocardiograma²⁶ y las troponinas²⁷, así como realizar la exploración física intencionada y dirigida, la interpretación del electrocardiograma, solicitar estudios de laboratorio (biometría hemática completa, química sanguínea, electrolitos séricos y enzimas cardíacas), y otorgar tratamiento medicamentoso de acuerdo con el cuadro clínico.

32. El 11 de diciembre de 2023 sin poder establecerse la hora al no indicarse en constancia del expediente clínico, se continuó con la atención de V por parte del personal adscrito al servicio de Urgencias del HGSZ 7, quien reportó como resultados de los estudios de laboratorio ordenados, que V presentaba niveles de enzimas cardíacas

²⁵ Inflamación de la mucosa del estómago.

²⁶ El electrocardiograma es un examen que mide la actividad eléctrica del corazón y puede detectar arritmias, infartos, inflamaciones o soplos.

²⁷ La prueba de troponina mide el nivel de una proteína que se libera al sangre cuando el músculo del corazón está dañado.

(.51ng/ml)²⁸ y creatinfosfoquinasa (CPK 226 u/l)²⁹ altos, lo que implicaba un daño a su corazón; y como acciones tomadas para el tratamiento se dejó a V en el servicio de Urgencias.

33. Posteriormente ese mismo 11 de diciembre de 2023 a las 06:30 horas, el personal médico adscrito a esa área de Urgencias comenzó a proporcionar medicamentos anticoagulantes³⁰ a V y para disminuir el colesterol; lo que fue adecuado de conformidad con la opinión médica, pues dio atención a las recomendaciones para el manejo de la presión arterial en adulto mayor, indicadas en las Guía-Síndrome Coronario Agudo, Guía-Hipertensión Arterial y Guía Española-Síndrome Coronario Agudo.

34. Más tarde, ese mismo día siendo las 11:48 horas V fue valorada por AR1, de cuyas anotaciones hechas en hoja sin logo ni datos de la unidad médica, se apreció que diagnosticó síndrome coronario agudo de tipo angina estable³¹ e hipertensión arterial sistémica descontrolada³², y comentó que V estaba asintomática en ese momento con incremento de enzimas cardíacas³³, por lo que decidió su ingreso para estancia prolongada y requirió la realización de nuevos estudios de sangre en 6 horas, así como

²⁸ Si los niveles de enzimas cardíacas están elevados, se puede confirmar la presencia de daño en el músculo cardíaco. Nivel de troponina normal: .10 ng/ml

²⁹ La CPK o creatinfosfoquinasa es una enzima presente en los tejidos musculares, en el cerebro y en el corazón. Ante la presencia de lesión en estos órganos, esta enzima es liberada al torrente sanguíneo. Nivel normal 30/170 u/l

³⁰ Ácido acetilsalicílico 300 mg dosis única; ácido acetilsalicílico de 150 mg cada 24 horas, clopidogrel de 75 mg vía oral cada 24 horas, enoxaparina 60 mg subcutáneo cada 12 horas, atorvastatina de 80 mg vía oral cada 24 horas.

³¹ Las anginas estables son una obstrucción en las arterias coronarias causada por la acumulación de colesterol y grasa. La aparición de una angina de pecho estable es progresiva a medida que se va acumulando la grasa en las arterias, no es repentina. La obstrucción producida por una angina estable es constante pero permite pasar sangre suficiente para que el corazón haga sus funciones en reposo.

³² La hipertensión arterial sistémica o presión alta se presenta cuando los vasos sanguíneos mantienen una presión mayor a 140/90 mm Hg.

³³ Las enzimas cardíacas son una herramienta importante para los médicos para determinar si una persona ha sufrido un ataque cardíaco o algún otro problema cardíaco.

solicitar la valoración de Medicina Interna para seguimiento y ajuste de tratamiento; reportando a V en estado delicado no exenta de complicaciones.

35. Atención que en consideración del personal especializado que emitió la opinión médica fue adecuada, pues indicó que de acuerdo a literatura médica en personas con dolor torácico de naturaleza no clara, éstas debían permanecer en observación y con seguimiento, y si los resultados del electrocardiograma siguieran siendo normales deberían repetirse junto con el estudio para la búsqueda de enzimas cardíacas a las seis a ocho horas, además de que si en el electrocardiograma aparecieran cambios isquémicos³⁴, los marcadores se hicieran positivos o apareciese un nuevo episodio de angina³⁵, el paciente debía ser ingresado a hospitalización, para un tiempo de observación entre seis y 24 horas³⁶. Dando además, cumplimiento las recomendaciones de las Guía-Síndrome Coronario Agudo y Guía Española-Síndrome Coronario Agudo.

36. Aproximadamente cuarenta minutos después, siendo las 12:30 horas de ese 11 de diciembre de 2023, AR2 valoró a V y reiteró las condiciones y diagnóstico durante su ingreso a urgencias el día anterior, por angina típica³⁷, agregando que actualmente era asintomática, con resultados de electrocardiograma sin cambios considerables pero con marcadores de daño al corazón (daño al tejido del miocardio³⁸), confirmando ingreso a

³⁴ Los cambios isquémicos son la reducción del flujo sanguíneo en los tejidos del cuerpo humano que provoca la disminución de la cantidad de oxígeno y nutrientes en la zona afectada

³⁵ La angina de pecho es un tipo de dolor en el pecho causado por la reducción del flujo sanguíneo al corazón.

³⁶ Vidán Astiz, Ma. Teresa. Síndrome Coronario Agudo. Tratado de geriatría para residentes, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), Madrid, España, 2006. Págs. 325-332.

³⁷ Angina típica: aquella que cumple con los siguientes 3 requisitos: localizado a nivel retroesternal, cuello/mandíbula, hombro o brazo y definido como disconfort, desencadenado por el ejercicio físico, aliviado en reposo o con la administración de nitratos cuyo efecto debe ser menor a 5 minutos para considerar que ha respondido al nitrato.

³⁸ El miocardio es la capa intermedia del corazón. Es la capa muscular, la más gruesa de las tres y se encuentra entre el endocardio, la capa más interna y unicelular y el epicardio, la capa externa.

piso para vigilancia y manejo médico hospitalario, refiriendo que avisó a Cardiología.

37. Sin embargo, de acuerdo a la opinión médica dentro del expediente médico no hubo constancia de que se hubiera solicitado la interconsulta al servicio de Cardiología, además de advertir que AR2 omitió realizar una evaluación de riesgo conforme a los resultados de las escalas³⁹ utilizadas para predecir la mortandad o presencia de infarto agudo al miocardio a un año; así como referir de manera urgente a V a un hospital que contara con sala de hemodinamia⁴⁰, de conformidad con la recomendación contenida en la Guía-Síndrome Coronario Agudo, en cuyo caso se sugería la realización de un estudio especializado denominado angiografía coronaria percutánea⁴¹, que podría realizarse en ese tipo de sala en menos de 24 horas para el caso de pacientes cuyo estimación de mortandad fuera de un puntaje mayor a 140 en la escala de GRACE⁴², que implicaba un riesgo alto de muerte intrahospitalaria.

38. Por consiguiente, de acuerdo a la opinión médica se consideró que en esa atención AR2 no proporcionó un manejo y seguimiento correctos, poniendo en riesgo la vida de V al tratarse de una urgencia de acuerdo a lo referido en los artículos 8, 9, 26, 29 y 8, 72, 73 y 74, del Reglamento-LGS; así como con lo que establece el artículo 5, 7 y 8, del Reglamento-Prestaciones Médicas, mencionados con anterioridad; y a las recomendaciones de la Guía Española-Síndrome Coronario Agudo, como se refirió previamente.

³⁹ Escalas TIMI, GRACE o PURSUIT.

⁴⁰ Lugar con equipamiento de alta tecnología que consiste en un equipo de fluoroscopia, con el cual se obtienen imágenes claras y nítidas que permiten diagnosticar y tratar enfermedades cardiovasculares

⁴¹ La angiografía coronaria (AC) o coronariografía es un estudio para la evaluación de la anatomía coronaria y consiste en su visualización bajo fluoroscopia, facilitada por la inyección directa de medios de contraste en las arterias coronarias pericárdicas a través de un catéter avanzado desde una arteria periférica hasta la aorta y venas del corazón.

⁴² Escala utilizada para predecir la mortandad o presencia de infarto agudo al miocardio a un año.

39. Siendo las 16:10 horas del 11 de diciembre de 2023, cuatro horas después de la valoración de AR2, V fue atendida nuevamente ahora por AR1 (con registro sin logo o datos de la unidad médica), ocasión en la que asentó el mismo diagnóstico de síndrome coronario agudo de tipo angina estable (típica) e hipertensión arterial sistémica descontrolada con incrementos de enzimas cardíacas, con resultado de electrocardiogramas con presencia de onda "Q"⁴³ (lo que significó que la paciente ya presentaba alteraciones en el electrocardiograma y aumento de los biomarcadores de daño cardíaco, criterios diagnósticos de infarto agudo al miocardio); y señaló que V ya contaba con la valoración de Medicina Interna quien le concedió ingreso a piso y a su vez consideró que ameritaba valoración por Cardiología, sin más ajustes en el tratamiento.

40. Ante este diagnóstico, como plan de tratamiento AR1 indicó reposo relativo, evitar esfuerzos, así como la realización de estudios para el control de niveles de enzimas cardíacas en sangre, con electrocardiograma por la noche; lo que de acuerdo a la opinión médica constituyó una omisión en el tratamiento, al determinar el diagnóstico de *síndrome coronario agudo: tipo angina estable, y aumento de las enzimas y troponinas cardíacas*, en promedio ocho veces más que al ingreso, ya que AR1 omitió considerar que los resultados del electrocardiograma constituían un criterio que confirmaba el infarto agudo al miocardio de acuerdo con la Guía-Síndrome Coronario Agudo, sumado a los resultados de enzimas cardíacas en sangre, lo que requería un plan de atención urgente, para envió de V a unidad médica con sala hemodinamia, como se ha venido indicando

⁴³ Las ondas Q patológicas pueden ser indicativas de un infarto de miocardio previo, particularmente si las ondas son profundas y anchas, en el contexto de un infarto de miocardio, la onda Q patológica refleja la necrosis del tejido cardíaco; es decir, la muerte de células del músculo cardíaco debido a una isquemia prolongada, que resulta en una alteración permanente de la conducción eléctrica en esa región del corazón.

previamente.

41. Además, si bien AR1 mencionó que V requería interconsulta a Cardiología, en las indicaciones médicas omitió solicitar la interconsulta y/o realizar la referencia al hospital que contara con sala de hemodinamia de manera urgente para la realización de la angiografía coronaria que requería V, por lo que su atención fue inadecuada, incumpliendo con lo establecido en los artículos 32 de Ley General de Salud; 8, 9, 26, 29, 48, 72, 73 y 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 5, 7 y 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, y las recomendaciones de las Guía-Síndrome Coronario Agudo y Guía Española-Síndrome Coronario Agudo, relativas a que el caso de paciente como V se debe considerar una estrategia invasiva temprana en las primeras 24 horas, es decir, cuando el paciente reúna al menos uno de los siguientes criterios de riesgo alto: Diagnóstico confirmado del infarto de miocardio sin elevación del segmento ST⁴⁴ (IMSEST), cambios dinámicos del segmento ST o la onda T del electrocardiograma, elevación transitoria del segmento ST y/o puntuación de riesgo en la escala GRACE > 140⁴⁵.

42. De esta forma, 18 horas después, a las 10:04 horas del 12 de diciembre de 2023, V continuaba sin ser trasladada para la realización de estudios y atención especializados, siendo valorada nuevamente por AR1 quien reiteró el diagnóstico de síndrome coronario

⁴⁴ Alteraciones en los registros del electrocardiograma, en el denominado segmento ST o de la onda T, durante los síntomas y su normalización tras desaparecer los síntomas es diagnóstico de síndrome coronario sin elevación del ST.

⁴⁵ La escala GRACE es una escala médica para predecir el riesgo cardiovascular de personas que han sufrido síndrome coronario agudo o enfermedad coronaria. Se basa en un análisis multivariado de un registro observacional global que incorpora variables como la edad, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la creatinina, el electrocardiograma y los biomarcadores cardíacos. Estima el riesgo de infarto y muerte hospitalaria.

agudo tipo angina estable e hipertensión arterial sistémica descontrolada, asintomática, sin dolor; registrando que V sólo manifestaba cansancio y agregando dentro su análisis, valores normales de presión sanguínea y frecuencia cardíaca (sin compromiso hemodinámico⁴⁶), solicitando estudios de control de enzimas cardíacas y troponinas, con ingreso vigente a Medicina Interna para continuar con protocolos de estudio y tratamiento.

43. Análisis de AR1 que de acuerdo a la opinión médica fue erróneo, pues continuó con el diagnóstico de "angina estable", sin determinar que V requería urgentemente la realización de una angiografía coronaria, debiendo referirle a un hospital que contara con sala de hemodinamia (lugar con equipamiento de alta tecnología que consiste en un equipo de fluoroscopia, con el cual se obtienen imágenes claras y nítidas que permiten diagnosticar y tratar enfermedades cardiovasculares).

44. Lo que conforme a la opinión médica, se tradujo en una atención médica inadecuada, por inobservancia a los artículos 32 de la LGS; 8, 9, 26, 29, 48 y 74 del Reglamento-LGS; 5, 7 y 8 del Reglamento-Prestaciones Médicas; y las recomendaciones de las Guía-Síndrome Coronario Agudo y Guía Española-Síndrome Coronario Agudo, relativas a que, se debe realizar de una angiografía coronaria percutánea en menos de 72 horas cuando el paciente presente biomarcadores elevados indicadores de daño al corazón (Troponina I, CPK MB) y sean personas mayores de 75 años; así como considerar una estrategia invasiva temprana en las primeras 24 horas para pacientes con resultados en el electrocardiograma con al menos uno de los siguientes criterios de riesgo alto: Diagnóstico confirmado del infarto de miocardio sin elevación del segmento ST

⁴⁶ Se considera hemodinámicamente estable (sin compromiso) aquel paciente con valores normales de presión sanguínea y frecuencia cardíaca.

(IMSEST), cambios dinámicos del segmento ST o la onda T del electrocardiograma, elevación transitoria del segmento ST y/o puntuación de riesgo en la escala GRACE > 140 .

45. En continuación de la atención de V en el HGSZ 7, a las 14:00 horas del 12 de diciembre de 2023, AR2 (quien omitió asentar de manera completa sus datos de identificación en la nota correspondiente), señaló que sus signos vitales se encontraban dentro de los parámetros normales y a la exploración física, agregó que tenía ritmo cardíaco de buena intensidad, sin sonidos anormales, considerando únicamente sus resultados de laboratorio al momento de su ingreso al servicio de Urgencias el 11 de diciembre de 2023 a las 01:08 horas, y reiteró el diagnóstico de síndrome coronario agudo angina estable e hipertensión arterial sistémica en control, indicando como plan de tratamiento, vigilancia médica y revaloración.

46. Intervención de AR2 que en consideración de la opinión médica fue inadecuada, ya que al igual que AR1, no tomó en consideración todos los resultados del análisis de sangre, en los que se mostraban la presencia de enzimas cardíacas y troponinas en sangre, cuyo aumento importante hasta ocho veces más que al ingreso de V, confirmaban que presentaba infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST y requería estudios y atención especializada por el daño al corazón generado y en proceso (angiografía coronaria o coronariografía a través de una fluoroscopia), debiendo referir a V de manera urgente a un hospital que contara con sala de hemodinamia; por lo que el diagnóstico de *angina estable* no fue el adecuado, como se ha mencionado reiteradamente.

47. En consecuencia, en la opinión médica se concluyó que también AR2 inobservó los artículos 32 de la LGS; 8, 9, 26, 29, 48 y 74, del Reglamento-LGS; 5, 7 y 8, del Reglamento-Prestaciones Médicas; y las recomendaciones de las Guía-Síndrome Coronario Agudo y Guía Española-Síndrome Coronario Agudo, como se mencionó con anterioridad.

48. Una hora más tarde, siendo las 15:00 horas del 12 de diciembre de 2023 intervino AR3 (quien no asentó sus datos de identificación completos en la nota médica), y en el registro de su atención mencionó que V presentaba diagnóstico de *síndrome coronario agudo angina establece e hipertensión arterial sistémica en control*; a la exploración física le observó con sonidos cardíacos de buena intensidad, normales, con llenado capilar⁴⁷ de 2 segundos, mencionó los mismos resultados de laboratorio de la nota anterior, es decir, los realizados a V a su ingreso el 11 de diciembre de 2023 a las 01:08 horas, sin considerar los resultados de los exámenes de sangre que mostraban los niveles elevados de troponinas y enzimas cardíacas, ni dar seguimiento a la interconsulta del servicio de Cardiología.

49. Intervención que fue inadecuada, en consideración del personal especializado que elaboró la opinión médica, quien advirtió que AR3 no revisó el expediente clínico y los resultados de laboratorio de los cuales como ya se había mencionado previamente se desprendía que V necesitaba ser referida urgentemente a un hospital que contara con sala de hemodinamia, al presentar infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento T, por lo que no efectuó un diagnóstico certero ni dio seguimiento adecuado.

⁴⁷ El relleno capilar, también conocido como prueba de llenado capilar ungueal o prueba de palidez de la uña, es una prueba sencilla y rápida que se realiza en el lecho ungueal (la piel debajo de la uña) para evaluar la circulación sanguínea.

50. De esta forma en la opinión médica se concluyó que AR3 también inobservó los artículos 32 de la LGS; 8, 9, 26, 29, 48 y 74 del Reglamento-LGS; 5, 7 y 8 del Reglamento-Prestaciones Médicas; y las recomendaciones de las Guía-Síndrome Coronario Agudo y Guía Española-Síndrome Coronario Agudo, mencionadas con anterioridad.

51. Esa noche del 12 de diciembre de 2023 a las 22:00 horas, AR4 (quien no precisó sus datos de identificación completos en nota médica), señaló el mismo diagnóstico indicado por AR2, y sobrescrito a mano asentó, *IAM* (infarto agudo al miocardio). Así también tomó en cuenta los estudios de laboratorio del 11 y 12 de diciembre de 2023, en donde se desprendían diversos valores elevados de troponinas y enzimas cardíacas y que los datos aportados por el electrocardiograma (sin indicar cuáles datos o precisar fecha del estudio) sugerían infarto inferior⁴⁸; ordenando como plan, dar seguimiento a los estudios de sangre para el monitoreo de la curva enzimática cardíaca.

52. Cabe destacar que de acuerdo a la opinión médica, de los estudios de sangre realizados hasta el momento para la determinación de enzimas cardíacas⁴⁹ y troponinas (referente para un diagnóstico adecuado), ya mostraban un evidente incremento como lo exponen en la siguiente tabla y por consiguiente, un daño al corazón de V:

Fecha	11/12/2023 01:08 h	11/12/2023 04:26 h	11/12/2023 12:13 h	11/12/2023 16:10 h	12/12/2023 11:49 h	12/12/2023 19:56 h
CPK ⁵⁰	133 u/l	226 u/l	1096 u/l	1600 u/l		1071 u/l

⁴⁸ Infarto de miocardio inferior es un problema del corazón donde las células a lo largo de la pared inferior del corazón mueren en respuesta a la falta de oxígeno.

⁴⁹ Las enzimas cardíacas son proteínas que se liberan al sangre cuando hay daño en el corazón.

⁵⁰ La CPK o creatinfosfoquinasa es una enzima presente en los tejidos musculares, en el cerebro y en el corazón. Ante la presencia de lesión en estos órganos, esta enzima es liberada al torrente sanguíneo

(normal 30-170 u/l)						
CPK-MB ⁵¹ (normal 0.0-25 u/l)	14 u/l	23 u/l	129 u/l			77 u/l
Troponina ⁵² I/T (normal 0.0-0.1 u/l)	0.51 u/l	0.67 u/l			3.91 u/l	3.85 u/l
DHL ⁵³ (normal 120-246 u/l)			350 u/l	329 u/l		511 u/l

53. Por lo que en consideración de la opinión médica, el plan de tratamiento continuado por AR4 fue inadecuado, pues al advertir el aumento importante en los biomarcadores cardíacos y los cambios en el electrocardiograma, se desprendía que existía un daño cardíaco que precisaba de atención especializada de manera urgente, sin embargo AR4 omitió realizar el análisis del tiempo de evolución de este cuadro clínico para estimar el riesgo de deceso de V; aunado a que continuó sin referir a V a una unidad médica con sala Hemodinamia, para la realización del estudio de angiografía coronaria y en caso necesario, una revascularización⁵⁴.

54. De esta forma, de acuerdo a la opinión médica se concluyó que AR4 no cumplió con previsto en los artículos 32 de la LGS; 8, 9, 26, 29, 48, 72, 73 y 74 del Reglamento-LGS; 5, 7 y 8 del Reglamento-Prestaciones Médicas; y las recomendaciones de las Guía-Síndrome Coronario Agudo y Guía Española-Síndrome Coronario Agudo, mencionadas

⁵¹ La medición de la isoenzima MB de la creatina quinasa (CK-MB) es una alternativa a la troponina para diagnosticar infarto agudo de miocardio.

⁵² La troponina es una proteína que se encuentra en los músculos del corazón y que regula la contracción muscular¹²³⁴. Existen tres tipos de troponina: I, T y C1. Cuando el músculo cardíaco sufre un daño, como un ataque al corazón, libera troponina al torrente sanguíneo

⁵³ DHL significa deshidrogenasa láctica. La DHL es una enzima (proteína) que se encuentra en casi todas las células del cuerpo y ayuda al organismo a producir energía. Suele haber una cantidad baja de DHL en la sangre. Se encuentra más DHL en la sangre cuando las células están dañadas o destruidas. Esto puede significar que el cáncer u otra enfermedad está destruyendo las células del cuerpo.

⁵⁴ La cirugía de revascularización miocárdica es un procedimiento para mejorar el flujo sanguíneo al corazón cuando las arterias coronarias están estrechadas u obstruidas.

con anterioridad.

55. El 12 de diciembre de 2023 (sin indicarse la hora y los datos de identificación completos de quien la suscribió), AR2 en su atención de V solicitó interconsulta de carácter ordinario al servicio de Cardiología del HGZ 4 para el 13 de diciembre de 2023, al señalar diagnóstico de *infarto agudo al miocardio sin elevación de T*, y agregó los resultados de laboratorio señalando el incremento de troponina.

56. Referencia médica que a consideración de la opinión médica fue inadecuada, pues AR2 refirió a V de manera ordinaria y no urgente a una unidad médica que no contaba con sala de hemodinamia, favoreciendo el retraso en la atención médica correcta y oportuna e incumpliendo con lo previsto en los artículos 32 de la LGS; 8, 9, 26, 29, 48, 72, 73 y 74 del Reglamento-LGS; 5, 7 y 8 del Reglamento-Prestaciones Médicas, y las recomendaciones de las Guía-Síndrome Coronario Agudo y Guía Española-Síndrome Coronario Agudo, mencionadas con anterioridad.

❖ **Atención médica brindada a V en el HGZ 4.**

57. Una vez que V fue trasladada al HGZ 4 a las 12:10 horas del 13 de diciembre de 2023, se registró su atención a las 13:20 horas por personal del servicio de Urgencias, que observó signos vitales normales y por medio de la valoración de TRIAGE le asignó a V el nivel de gravedad III, amarillo (indicativo de que en ese momento la persona presentaba una urgencia y que debía ser valorada en menos de 30 minutos).

58. A continuación, a las 14:05 de ese 13 de diciembre de 2023, AR5 intervino en la atención de V, observando que inicialmente fue referida por insuficiencia cardíaca (IC⁵⁵) a *Cardiología*, pero posteriormente señaló que había sido referida para valoración de posible coronangiografía⁵⁶ bilateral selectiva. A la exploración física observó a V orientada, sin expresiones faciales características, con ruidos y frecuencia cardíacos normales y como diagnóstico, *infarto agudo al miocardio sin elevación de onda ST*, y comentó que estaba pendiente su envío a tercer nivel de Cardiología con un pronóstico malo para la vida y la función a corto plazo; así como solicitó estudios de laboratorio, radiografía de tórax y electrocardiograma, además indicó continuar con medicamentos anti-isquémicos.⁵⁷

59. Valoración que no fue adecuada acorde a la opinión médica, que indicó que AR5 no realizó una evaluación de riesgo de muerte intrahospitalaria, al no establecer que V requería una angiografía coronaria percutánea urgentemente, así como no elaborar la solicitud de interconsulta al servicio de Cardiología de ese hospital o de Tercer Nivel, de conformidad con la Guía-Síndrome Coronario Agudo, incumpliendo con lo previsto en los artículos 32 de la LGS; 8, 9, 26, 29, 48, 72, 73 y 74 del Reglamento-LGS; 5, 7 y 8, del Reglamento-Prestaciones Médicas; y las recomendaciones de las Guía-Síndrome Coronario Agudo y Guía Española-Síndrome Coronario Agudo, mencionadas con anterioridad; omisiones que favorecieron el retraso en la atención médica adecuada y oportuna que requería la agraviada.

⁵⁵ Insuficiencia cardíaca.

⁵⁶ La coronariografía, o angiografía coronaria, es una exploración por rayos X durante la cual se observan las coronarias, es decir, los vasos arteriales que rodean el corazón.

⁵⁷ Su función es desacelerar el corazón, que se quede en estado de reposo para demandar menor oxígeno. Además, también reducen el riesgo de presentar arritmias.

60. El 13 de diciembre de 2023 a las 22:20 horas, personal del servicio de Urgencias de ese HGZ 4 agregó que V tenía diagnóstico de infarto agudo al miocardio sin elevación de onda ST (isquémico coronario⁵⁸) y presentaba un riesgo alto de muerte intrahospitalaria conforme al valor asignado de 170 puntos en la Escala de GRACE⁵⁹ y 5 en la escala de TIMI⁶⁰. Y precisó que a la exploración física V no refirió dolor torácico, con mejoría clínica, no presentaba dificultad para respirar, con ruidos cardíacos normales, y dentro de su análisis acotó que V era un paciente con altas probabilidades de complicaciones, por lo que elaboró referencia a tercer nivel para el servicio de Hemodinamia/Cardiología del Hospital General Regional 1, Charo, Michoacán, con el diagnóstico antes descrito. (Notas del 14 de diciembre de 2023, 00:15 y 7:30 horas)

61. Mencionó además, que los resultados de laboratorio de ese día 13 de diciembre de 2023 resultaron nuevamente altos en los niveles de enzimas cardíacas⁶¹; y en el plan terapéutico anotó en hoja de indicaciones de misma fecha, analgésico en caso de que V presentara dolor torácico de V, medicamento de control de presión arterial cada 24

⁵⁸ El síndrome isquémico coronario agudo (SICA) es un conjunto de padecimientos del corazón, caracterizado por un aporte insuficiente de sangre al músculo cardíaco (miocardio)

⁵⁹ La escala GRACE es una escala médica para predecir el riesgo cardiovascular de personas que han sufrido síndrome coronario agudo o enfermedad coronaria. Se basa en un análisis multivariado de un registro observacional global que incorpora variables como la edad, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la creatinina, el electrocardiograma y los biomarcadores cardíacos. Estima el riesgo de infarto y muerte hospitalaria.

⁶⁰ La escala de riesgo TIMI es una escala pronóstica sencilla de variables clínicas, que establece el riesgo de muerte o eventos isquémicos precozmente en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento-ST; la puntuación de riesgo según la escala TIMI (bajo riesgo -0 a 2 puntos-, riesgo intermedio -3 a 4 puntos- y alto riesgo -5 a 7 puntos-)

⁶¹ Creatinfosfoquinasa 5330 u/l (normal 26-140 u/l) y Creatinfosfoquinasa sección MB 116.2 u/l (normal 6-25 u/l)

horas, cardio monitorización⁶² continua y oximetría de pulso⁶³, vigilar dolor torácico y realizar nuevamente estudio de troponina I y electrocardiograma.

62. Atención descrita previamente que de acuerdo a la opinión médica fue adecuada, con apego a lo previsto en los artículos 32 de la LGS; 8, 9, 26, 29, 48, 72, 73 y 74 del Reglamento-LGS; 5, 7 y 8 del Reglamento-Prestaciones Médicas; y las recomendaciones de las Guía-Síndrome Coronario Agudo y Guía Española-Síndrome Coronario Agudo, mencionadas con anterioridad.

63. Siendo las 08:02 horas de 14 de diciembre de 2023, durante la estancia de visita familiar, personal del servicio de Urgencias recibió petición de auxilio de QVI1 debido a que V presentaba respiración con jadeos y dificultad para respirar, observado en el monitor 20 latidos por minutos, por lo que de inmediato con auxilio de personal de enfermería la pasaron a la sala de reanimación, solicitando el apoyo del especialista Cardiólogo presente en ese momento. A su ingreso a la sala de reanimación se determinó paro cardio respiratorio, por lo que inician maniobras de reanimación persistiendo el paro, y se decide colocar dispositivo avanzado para control de vía aérea, continuando con reanimación.

64. Actuación y maniobras que en consideración de la opinión médica fueron adecuadas, apegándose al algoritmo del soporte vital básico⁶⁴ en adultos de la Actualización AHA (American Heart Association) 2020, nuevas recomendaciones RCP (Reanimación Cardio

⁶² Monitorización cardíaca» se refiere al acto de mantener a un paciente conectado a un electrocardiograma cardíaco (EKG) o un dispositivo similar con el fin de realizar un seguimiento y registrar la actividad del corazón.

⁶³ La pulsioximetría (u oximetría de pulso) es una prueba en la que se usa un dispositivo pequeño similar a un broche, llamado oxímetro de pulso, el que mide los niveles de oxígeno en su sangre.

⁶⁴ Es un conjunto de pasos que se siguen para atender a una persona que sufre una parada cardiorrespiratoria..

pulmonar) y atención cardiovascular de emergencia; así como a los artículos 32 de la LGS; 8, 9, 26, 29 y 48 del Reglamento-LGS; 7 y 8 del Reglamento-Prestaciones Médicas; y las recomendaciones de las Guía-Síndrome Coronario Agudo y Guía Española-Síndrome Coronario Agudo, mencionadas con anterioridad.

65. Minutos después, a las 08:35 horas del 14 de diciembre de 2023, el personal del servicio de Urgencias que iniciaba turno, hizo constar las maniobras de reanimación de V, declarando su fallecimiento a las 08:15 horas por infarto agudo al miocardio masivo por 30 minutos e hipertensión arterial sistémica con evolución de 28 años. Y en nota del servicio de Cardiología de misma fecha a las 8:48 horas, se hicieron constar nuevamente las causas del fallecimiento.

B. DERECHO HUMANO A LA VIDA

66. La vida como derecho fundamental se encuentra debidamente tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en las normas internacionales⁶⁵, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

67. Al respecto la CrIDH ha establecido que el derecho a la vida *“es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del*

⁶⁵ 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.

*mismo.*⁶⁶; en ese sentido, la SCJN ha determinado que “(...) 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 (...)”⁶⁷.

68. Por su parte, la Comisión Nacional en la Recomendación 39/2021⁶⁸, señaló que:

[...] existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio médico 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.[...]

69. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada prestación del servicio brindada a V, por AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, personal médico adscrito a los HGSZ 7 y HGZ 4, ambos del IMSS, también son el soporte que permitió acreditar la violación a su derecho a la vida.

⁶⁶ Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos número 21. Derecho a la Vida, pág. 5. Disponible en <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo21.pdf>.

⁶⁷ SCJN, Tesis Constitucional, “derecho a la vida. supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del estado”, Registro 163169.

⁶⁸ 2 de septiembre de 2021, párrafo 97.

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

70. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se determinó que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, incurrieron en omisiones en la atención médica que brindaron a V del 10 al 14 de diciembre de 2023, toda vez que de acuerdo con la nota y el acta de defunción, V falleció por infarto agudo al miocardio masivo, padecimiento caracterizado por el daño a un área extensa del músculo cardíaco causado por una disminución o ausencia del aporte de sangre oxigenada que constituye un padecimiento grave que pone en riesgo la vida, cuya causa debió ser diagnosticada y atendida de inmediato para evitar que el daño al miocardio (músculo del corazón) se hiciera extensivo y produjera el fallo del mismo, por lo que requería de un diagnóstico e intervención correctos y oportunos en menos de 24 horas después de iniciados sus síntomas.

71. Así, a las dos horas de haber presentado dolor en esternón, V fue llevada de urgencia al HGSZ 7, en donde se diagnosticó después de doce horas, que presentaba infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST, por lo que considerando que V era una persona adulta mayor y presentaba factores de riesgo como padecer hipertensión arterial así como aumento importante de los biomarcadores de daño cardíaco y puntuación de GRACE mayor a 140, debió referirse inmediatamente a un hospital (tercer nivel) que contara con sala de hemodinamia para la realización de angiografía e intervención coronaria percutánea, estudio que hubiera permitido establecer el origen de la obstrucción en el flujo sanguíneo en el corazón, omisión reiterada por AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, que favoreció el retraso en el diagnóstico y por ende la atención médica adecuada y oportuna que requería V.

72. Al respecto, la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST GPC- IMSS-191-18, actualización 2018 refiere: *la realización de una angiografía coronaria percutánea de manera rutinaria en los pacientes ancianos con más de 75 años, disminuye el riesgo de muerte e infarto del miocardio ... Los pacientes con enfermedad coronaria grave que reciben solo tratamiento médico y que no son llevados a algún tipo de revascularización son los que tienen peor pronóstico.* De modo que de haber realizado un diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos del infarto agudo al miocardio que presentó V, su fallecimiento pudo haberse evitado.

73. Por lo anterior, en la opinión médica del personal especializado de esta CNDH se estableció que existió una inadecuada atención médica proporcionada por AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, personal médico adscrito a los HGSZ 7 y HGZ 4, quienes incumplieron con lo previsto en los artículos 32 de la LGS; 8, 9, 26, 29, 48, 72, 73 y 74 del Reglamento-LGS; 5, 7 y 8 del Reglamento-Prestaciones Médicas; con la Guía-Síndrome Coronario Agudo, que recomendaba que en los síndromes coronarios agudos, el diagnóstico y la estratificación inicial del riesgo se basara en la historia clínica, los síntomas, signos vitales, otros hallazgos físicos, el electrocardiograma y las troponinas, así como de realizar la exploración física intencionada y dirigida, interpretar el electrocardiograma, solicitar estudios de laboratorio (biometría hemática completa, química sanguínea, electrolitos séricos y enzimas cardíacas), y otorgar tratamiento medicamentoso de acuerdo con el cuadro clínico; así como incumplieron con las recomendaciones de la Guía Española-Síndrome Coronario Agudo, relativa a que se debía considerar una estrategia invasiva temprana en las primeras 24 horas para el caso de V al presentar los siguientes criterios de los resultados del electrocardiograma, considerados de riesgo alto: Diagnóstico confirmado del infarto de miocardio sin elevación del segmento ST

(IMSEST), cambios dinámicos del segmento ST o la onda T del electrocardiograma, elevación transitoria del segmento ST y/o puntuación de riesgo en la escala GRACE > 140; omisiones que favorecieron el retraso en el diagnóstico y la atención médica adecuada y oportuna que requería V y con ello haber evitado su fallecimiento.

C. DERECHO AL TRATO DIGNO POR LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE V, COMO PERSONA ADULTA MAYOR.

74. Vinculado a la transgresión del derecho a la protección de la salud de V, se afectaron otros derechos en relación con su calidad de persona mayor, específicamente el derecho a un trato digno en razón de su situación de vulnerabilidad, por lo que atendiendo a la especial protección que tienen las personas en esa etapa de la vida, así considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁶⁹ y en diversos instrumentos internacionales en la materia⁷⁰, esto implica que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal médico de los HGSZ 7 y HGZ 4.

75. El artículo 1, párrafo quinto, de la CPEUM establece la prohibición de cualquier acto [...] *que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas*; a su vez, los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

⁶⁹ El artículo 1, párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece la prohibición de cualquier acto "(...) que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas".

⁷⁰ Los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se refieren al derecho al trato digno de toda persona.

76. El artículo 3, fracción I, de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores señala como personas adultas mayores a quienes tienen 60 años o más, en su fracción IX, indica que la atención integral debe satisfacer [...] *las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores, con la finalidad de que vivan una vejez plena y sana, considerando sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias.*

77. Los artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores⁷¹ y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, establecen que constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

78. La Organización de las Naciones Unidas define como vulnerabilidad, a aquel *estado de elevada exposición a determinados riesgos e incertidumbres, combinado con una*

⁷¹ Organización de los Estados Americanos. “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”. Adoptada en Washington, D.C., Estados Unidos, el 15 de junio de 2015. Aprobada de forma unánime por el Senado de la República el 13 de diciembre de 2022 y publicada el 10 de enero de 2023 en el Diario Oficial de la Federación. Si bien al momento de los hechos dicha Convención no se encontraba vigente, sí podía ser utilizada de carácter orientador. Adicionalmente, a partir del Decreto Promulgatorio de 20 de abril de 2023, la actuación de las autoridades debe ser en observancia a dicho tratado internacional.

*capacidad disminuida para protegerse o defenderse de ellos y hacer frente a sus consecuencias negativas*⁷². A su vez, se afirma que tal condición se origina de diversas fuentes y factores, presentándose en todos los niveles y dimensiones de la sociedad.

79. Las personas adultas mayores constituyen una población vulnerable que merece especial protección por parte de los órganos del Estado porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en situación de desatención, siendo los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable⁷³.

80. Este Organismo Nacional, en su Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México⁷⁴, explica con claridad que, respecto a la cobertura de los servicios de salud, las autoridades competentes no satisfacen la demanda total nacional, ni garantizan la calidad y oportunidad de sus servicios, problema estructural que se agrava cuando se trata de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad múltiple, como la población en envejecimiento.

⁷² Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Informe sobre la situación social del mundo 2003. Vulnerabilidad social: Fuentes y desafíos”, A/58/153/Rev.1, Nueva York, ONU, 2003, párrafo 8; CNDH, Recomendaciones: 26/2019, párrafo 24; 23/2020, párrafo 26, y 52/2020, párrafo 9.

⁷³ Artículos 17, párrafo primero, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 9 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 sobre “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores”; la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (ratificada el 10 de enero de 2023, por lo que al momento de los hechos no se encontraba en vigor; sin embargo, sirve de carácter orientador) y los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

⁷⁴ Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México, publicado el 19 de febrero de 2019, párrafo 418.

81. De igual forma, en la Recomendación 283/2024 se destacó que este derecho de las personas adultas mayores implica una obligación por parte de las autoridades del Estado para garantizarlo y protegerlo de manera constitucional y legal, a efecto de que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria⁷⁵.

82. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas mayores, se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores⁷⁶, en cuyos artículos 4, fracción V, 5, fracciones I, III y IX, 10 y 18, se dispone como principio rector la atención preferente para las personas adultas mayores⁷⁷.

83. El trato prioritario constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas adultas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos⁷⁸; como en el presente caso en que se vulneró, el derecho humano a la protección de la salud de V, quien no recibió la atención médica adecuada los HGSZ 7 y HGZ 4, acorde a la gravedad que presentó, contribuyendo las acciones y omisiones analizadas en el cuerpo de esta Recomendación

⁷⁵ Recomendación 283/2024, párrafo 93.

⁷⁶ Diario Oficial de la Federación, 25 de junio de 2002.

⁷⁷ Las instituciones de los tres niveles de gobierno, así como sectores social y privado deben implementar programas acordes a sus diferentes etapas, características y circunstancias; garantizar sus derechos de integridad, dignidad y preferencia, así como a la salud y de acceso a los servicios públicos; propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social, a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social; además de la obligación que tienen las instituciones públicas del sector salud, de garantizar a las personas mayores el derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica.

⁷⁸ CNDH. Recomendación 260/2022, emitida el 16 de noviembre de 2022, párrafo 66.

al agravamiento de su estado de salud, ya que las omisiones descritas contribuyeron a que su estado de salud se agravara, dando lugar a su fallecimiento.

84. De igual forma, en el Sistema Jurídico Mexicano, las personas en situación de vulnerabilidad son todas aquellas que “por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.”⁷⁹

85. En ese sentido, esta Comisión Nacional considera que las personas adultas mayores se encuentran en particular situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección a la salud, requiriendo además de atención prioritaria, integral e inmediata, que se les garantice la prestación de servicios, bienes y acciones para su pronta recuperación mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad de su manejo clínico inicial, debiéndose priorizar sus comorbilidades y aspectos concomitantes para que alcancen el mayor bienestar posible.⁸⁰

86. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido que las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, siendo (...) *un grupo de enfermedades que no son causadas (...) por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo (...)*⁸¹,

⁷⁹ Artículo 5°, fracción VI, de la Ley General de Desarrollo Social.

⁸⁰ Recomendación 260/2022, párr. 90.

⁸¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es.

coincidiendo la OMS al precisar que son de (...) *larga duración* (...)⁸².

87. También, es importante señalar que en el párrafo 93 de la Recomendación 8/2020, que emitió este Organismo Nacional, se destacó:

Este derecho de las personas mayores implica, correlativamente, una obligación por parte de las autoridades del Estado, por un lado, garantizarlo y por el otro, protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.

88. En el caso de V por sus condiciones de edad y acorde a la Guía-Síndrome Coronario Agudo, le era necesaria por principio la realización de una angiografía coronaria percutánea de manera rutinaria indicada para los pacientes ancianos con más de 75 años, para disminuir el riesgo de muerte e infarto del miocardio, dado que los pacientes con enfermedad coronaria grave que reciben solo tratamiento médico y que no son llevados a algún tipo de revascularización son los que tienen peor pronóstico; como sucedió en el presente caso.

89. Por las razones antes referidas, el enfoque de atención médica otorgada en los HGSZ 7 y HGZ 4 impidió el pleno ejercicio al derecho a la protección de la salud y careció de un enfoque pro persona⁸³ y de transversalización de la condición de vulnerabilidad

⁸² OMS. "Enfermedades no transmisibles". Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

⁸³ El principio pro persona se refiere a que, en caso de que un juez o autoridad tenga que elegir qué norma aplicar a un determinado caso, deberá elegir la que más favorezca a la persona, sin importar si se trata de la Constitución, un tratado internacional o una ley. Bajo esta lógica, el catálogo de derechos humanos ya no se encuentra limitado a lo prescrito en el texto constitucional, sino que también incluye a todos aquellos

que enfrentan las personas adultas mayores, lo que vulnera derechos humanos y trasgrede las normas convencionales, constitucionales y legales de observancia obligatoria en nuestro país.⁸⁴

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

90. 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.

91. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017, párrafo 27, 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.*”⁸⁵

92. Por su parte, la CrIDH en el Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador, señaló respecto al expediente clínico que es instrumento guía para el tratamiento médico,⁸⁶ inclusive la NOM-Del Expediente Clínico, es el conjunto único de información y datos personales de

derechos que figuran en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano. Recuperado de <https://www.gob.mx/segob/articulos/en-que-me-beneficia-el-principio-pro-persona>.

⁸⁴ CNDH; Recomendaciones 240/2022, párr. 90 y 243/2022, párr. 118.

⁸⁵ CNDH, “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

⁸⁶ CrIDH, *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68. “un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”.

un paciente⁸⁷, es decir, la debida integración de un expediente clínico decanta en un diagnóstico y tratamiento adecuado.

93. De igual forma, la NOM-Del Expediente Clínico establece que éste es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud, al contener información, datos personales y documentación en los que se hacen constar las intervenciones del personal del área de la salud, se describe el estado de salud de la persona paciente y contiene datos acerca de su bienestar físico, mental y social.

94. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho humano de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.⁸⁸

95. También se ha establecido que el derecho humano 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

⁸⁷ 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, magnetoópticos (...), 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.

⁸⁸ CNDH, Recomendación General 29/2017, emitida el 31 de enero de 2017; Recomendación 172/2022, emitida el 31 de agosto de 2022; Recomendación 244/2022, emitida el 16 de diciembre de 2022; Recomendación 4/2023, emitida el 31 de enero de 2023; y Recomendación 24/2023, emitida el 6 de marzo de 2023.

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.⁸⁹

96. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades que este Organismo Nacional encontró con motivo de la queja presentada en agravio de V.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V.

97. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional y de acuerdo a la Opinión Médica emitida por especialistas de este Organismo Nacional, se detectó que AR2 en su nota de 12 de diciembre de 2023 a las 14:00 horas y la solicitud de interconsulta al servicio de Cardiología, sin hora registrada de misma fecha; AR3 en su registro del 12 de diciembre a las 15:00 horas; y AR4 en su intervención del 12 de diciembre de 2023 a las 12:00 horas; omitieron en sus respectivas intervenciones, asentar de manera completa sus datos de identificación. Lo anterior incumplió con lo dispuesto en el Apéndice A, Anexo D2, Punto 11; así como, en los numerales 7.2.1, 8.1.4, 8.3⁹⁰ de la

⁸⁹ CNDH, Recomendación General 29/2017, párrafo 34.

⁹⁰ NOM-Del Expediente Clínico.

7.2.1 En los casos que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito tanto la solicitud, que deberá realizar el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.

8.1.4 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener tratamiento y pronóstico.

8.3 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener Nota de evolución.

NOM-Del Expediente Clínico.

98. Es de señalar que la inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones⁹¹, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas; no obstante, que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben.

99. Cabe resaltar que, a pesar de tales Recomendaciones, el personal médico persiste en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y, como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, por lo que la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

V. RESPONSABILIDAD

V.1. Responsabilidad de las personas servidoras públicas

100. La responsabilidad de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 provino de la falta de diligencia con que se condujeron en la atención proporcionada a V, lo cual culminó en la violación

⁹¹ Recomendación General 29, así como en las Recomendaciones: 84/2023, 83/2023, 82/2023, 67/2023, 26/2023, 14/2023, 94/2022, 40/2022, entre otras.

a sus derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, así como acceso a la información en materia de salud, como se constató en las observaciones de la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, con base en lo siguiente:

100.1. AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 omitieron una valoración y diagnóstico adecuado y oportuno, así como referir a V para atención a tercer nivel de manera urgente, a una unidad médica que contara con sala de hemodinamia para la realización de un estudio especializado denominado *angiografía coronaria percutánea*, que debía conforme a las recomendaciones en la materia realizarse en ese tipo de sala en menos de 24 horas, para el caso de pacientes mayores de 75 años y con un puntaje mayor a 140 en la escala de mortandad de GRACE, como sucedió en el caso de V, quien presentó un puntaje de 158, que implicaba un riesgo alto de muerte intrahospitalaria.

100.2. AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 reiteraron durante varios días el diagnóstico y tratamiento para síndrome coronario agudo de tipo angina estable e hipertensión arterial sistémica descontrolada con incrementos de enzimas cardíacas, pese a los resultados de electrocardiogramas y aumento de los biomarcadores de daño cardíaco, criterios diagnóstico de infarto agudo al miocardio, por lo que se debía considerar una estrategia invasiva temprana en las primeras 24 horas.

100.3. Omisiones que acontecieron como a continuación se detalla: AR1, en sus intervenciones del 11 de diciembre de 2023 a las 16:10 horas y 12 de diciembre de 2023 a las 10:04 horas; AR2, en sus valoraciones de 11 de diciembre de 2023 a las 12:30 horas, 12 de diciembre de 2023 a las 14:00 horas y 12 de diciembre

de 2023 sin horario registrado; AR3, en su intervención del 12 de diciembre de 2023 a las 15:00 horas; AR4 en su valoración del 12 de diciembre de 2023 a las 22:00 horas; y AR5 en su intervención del 13 de diciembre de 2023 a las 13:20 horas.

101. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 proporcionaron una atención médica inadecuada a V, toda vez que lo expuesto en líneas que preceden, reflejó la falta de esfuerzos para diagnosticar y brindar tratamiento especializado oportuno a V; lo que significó una dilación en el proceso de atención médica, incumpliendo las obligaciones contenidas en el artículo 7, fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que prevén que:

I. Los Servidores Públicos observarán 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. Para la efectiva aplicación de dichos principios, los Servidores Públicos observarán las siguientes directrices: I. Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones...

VII. Promover, respetar y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución (...).

102. Cabe señalar que si bien la labor médica no garantiza la curación de la persona enferma, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al

mejoramiento de las condiciones de la persona paciente, situación que en el caso concreto no aconteció.

103. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Federal; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 63 de su Reglamento Interno, se contó con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente vista administrativa al OIC-IMSS, en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, personal médico adscrito a los servicios de Urgencias y Medicina Interna del HGSZ 7, y AR5, personal médico adscrito al servicio de Urgencias del HGZ 4, por la i inadecuada atención médica brindada a V, a efecto de que, de ser el caso la autoridad determine lo que en derecho corresponde, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

104. Asimismo, para efectos de que se informe posteriormente a este Organismo Nacional a través de su unidad de seguimiento, el avance y resultado de la misma, y en su momento la determinación respectiva, en la que se precisen los motivos y fundamentos jurídicos que ese OIC tomó en consideración para ello.

V.4. Responsabilidad Institucional.

105. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Política:

[...] todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En

consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sanciona y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.[...]

106. La promoción, el respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado Mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

107. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponde de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

108. En el presente caso, ha quedado expuesta la Responsabilidad Institucional misma que resulta solidaria, generada con motivo de las violaciones a los derechos humanos que han sido señaladas en la presente determinación a personal médico dependiente del IMSS, encargado de la atención médica de V entre el 10 y 14 de diciembre de 2023, que incumplió con la observancia de las Guía-Síndrome Coronario Agudo, Guía ESC-Síndrome Coronario Agudo, Guía Española-Síndrome Coronario Agudo y la NOM-Del Expediente Clínico, y cuyas omisiones favorecieron el retraso en la atención médica adecuada y oportuna que requería V y con ello haber evitado su fallecimiento.

109. Concluyendo esta Comisión Nacional que además de la responsabilidad en que incurrieron de manera individual el personal médico, existe evidencia que constituye una responsabilidad institucional por parte del IMSS, al no vigilar y supervisar que su personal médico cumpliera con el marco normativo de la NOM-Del Expediente Clínico.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

110. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1o., párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65, inciso c), de la LGV, que prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública, 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 del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

111. Para tal efecto, en términos de los artículos 1o., párrafos tercero y cuarto, 2o., fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65, inciso c), 73, fracción V, 74, 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 LGV, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, al trato digno en agravio de V, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QVI1, QVI2, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que accedan a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

112. Es aplicable lo establecido 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, al considerarse que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, medidas de no repetición, obligación de investigar los hechos; de igual manera, identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

113. En el Caso Espinoza Gonzáles 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 [...], [...] 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 [...] ⁹².

114. Sobre el “*deber de prevención*” la CrIDH sostuvo que:

[...] abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte [...] ⁹³.

115. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una trasgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Medidas de rehabilitación

116. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares hacer frente a los efectos sufridos por violaciones a sus derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62, de la LGV; así como del numeral 21, de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, incluyendo la rehabilitación, la atención médica y

⁹² CrIDH, “Caso Espinoza González vs. Perú”, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

⁹³ CrIDH, *Caso Velásquez Rodríguez vs Honduras*, Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, Sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

psicológica, así como los servicios jurídicos y sociales.

117. Por ello, el IMSS en coordinación con la CEAV y en atención a la LGV, deberá proporcionar a QVI1, QVI2, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6, la atención psicológica y/o tanatológica que en su caso requieran, por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que se prestará de conformidad a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio. Así también, en caso de no requerirla, se le deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determine o, de ser el caso, desee retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

ii. Medidas de compensación

118. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III, 64 y 65 de la LGV, consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) *los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...), así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia*”.⁹⁴.

⁹⁴ Caso *Palamara Iribarne vs Chile*. Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.

119. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos sufrida, considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas a consecuencia de la violación a sus derechos humanos, ello acorde a la Ley General de Víctimas.

120. Para tal efecto, el IMSS deberá colaborar en el trámite ante la CEAV para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de QVI1, QVI2, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6, a través de la noticia de hechos que ese Instituto realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, que esté acompañada del respectivo Formato único de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a QVI1, QVI2, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

121. De conformidad con el artículo 97, 98 y 99, de la Ley General de Víctimas, la solicitud de inscripción al Registro Nacional es un trámite que podrá realizarse de manera personal y directa por la víctima, así como a través de su representante legal o las autoridades competentes. No obstante, en aquellos casos en los cuales las víctimas acreditadas en la presente Recomendación no acudan ante la CEAV a solicitar su inscripción, o bien las autoridades competentes para realizar la inscripción no cuenten con los elementos necesarios para tal caso, se les deberá dejar a salvo sus derechos ante dicha CEAV, para cuando ésta así lo requiera, inicie con el proceso respectivo; ello en atención a que los derechos de humanos son imprescriptibles, inalienables e irrenunciables.

122. De igual forma, en el caso de que las víctimas de violaciones a derechos humanos se encuentren inscritas en Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, y ésta no haya iniciado el proceso para acceder a los Recursos de Ayuda, asistencia y reparación integral o en su caso no continúe con el trámite respectivo, se deberá dejar a salvo los derechos de la reparación integral daño, toda vez que dicha solicitud debe de ser presentada por las víctimas, de conformidad con el artículo 144, de la Ley General de Víctimas; para que cuando ésta así lo solicite ante la CEAV se inicie o retome el proceso correspondiente, en cumplimiento al artículo 1, párrafo tercero de la Constitución Federal, así como el numeral 7, de la Ley General de Víctimas, toda vez que son requisitos indispensables, tanto la inscripción como la solicitud de las víctimas, para otorgar la medida de compensación ordenada en el presente instrumento recomendatorio.

iii. Medidas de satisfacción

123. 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 I, de la LGV, que comprende la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad, en la medida en que esa revelación no provoque más daños o amenace la seguridad y los intereses de la víctima, de sus familiares, de los testigos o de personas que han intervenido para ayudar a la víctima o para impedir que se produzcan nuevos delitos o nuevas violaciones de derechos humanos.

124. De ahí que el IMSS deberá colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que se presentara en el OIC-IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, por las omisiones o acciones en las que incurrieron en

agravio de V, mismas que se especifican en el apartado de Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas de la presente Recomendación, ello con el fin de que, de ser el caso, se realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

125. De conformidad con los estándares internacionales, los criterios de la CrIDH, los Principios de reparaciones de Naciones Unidas, punto 22, y la Ley General de Víctimas, artículo 73, se considera como una medida de satisfacción a las declaraciones oficiales o las decisiones judiciales que restablezcan la dignidad de las víctimas. Por lo cual, la formulación y publicación de la presente Recomendación, en sí misma constituye una medida de satisfacción, ya que esta tiene como fin dar a conocer las violaciones a derechos humanos que se cometieron en agravio de V, para lo cual se debe conjuntar con los otros tipos de medidas que componen la reparación integral del daño a la víctima.

iv. Medidas de no repetición

126. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la LGV, consisten en implementar acciones preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su la prevención, por lo cual el Estado deberá adoptar medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

127. Al respecto, el IMSS deberá impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado con el derecho a la protección de la salud, así como la debida observancia y contenido de las Guía-Síndrome Coronario Agudo, Guía ESC-Síndrome Coronario Agudo, Guía Española-Síndrome Coronario Agudo y Choque Séptico, Guía-TRIAGE y la NOM-Del Expediente Clínico, dirigido al personal médico adscrito a los servicios de Urgencias, Medicina Interna y Cardiología, del HGSZ 7 y HGZ 4, particularmente a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en caso de continuar activos laboralmente en dicho Instituto, los cuales deberán ser efectivos y con perspectiva de género para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano. Los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluyan programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio cuarto.

128. En el plazo dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, deberán dirigir una circular al personal médico de los servicios de Urgencias, Medicina Interna y Cardiología de los respectivos HGSZ 7 y HGZ 4, que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de las recomendaciones contenidas en la Guía-Hipertensión Arterial, Guía-Síndrome Coronario Agudo, Guía ESC-Síndrome Coronario Agudo, Guía Española-Síndrome Coronario Agudo y Choque Séptico, Guía-TRIAGE y la NOM-Del Expediente Clínico; a efecto de que las personas que presenten padecimientos similares, reciban una valoración interdisciplinaria por especialistas que estén capacitados y sensibilizados con el mismo;

así como para la adecuada atención médica, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió, para dar atención al punto quinto recomendatorio.

129. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que las medidas de no repetición previamente descritas constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones señaladas y, por consiguiente, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía; así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el presente instrumento recomendatorio.

130. 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:

VII. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Colabore en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de QVI1, QVI2, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6, a través de la noticia de hechos que el IMSS realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, la cual esté acompañada del respectivo Formato Único

de Declaración diseñados por esa Comisión Ejecutiva y, una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QVI1, QVI2, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas; hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su colaboración.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, en atención a la Ley General de Víctimas, se deberá proporcionar en su caso a QVI1, QVI2, VI1, VI2, VI3, VI4, VI5 y VI6, atención psicológica y/o tanatológica por los hechos, las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse gratuitamente, de manera inmediata, en el horario y lugar accesible para las víctimas con su consentimiento y previa información clara y suficiente, proporcionada por personal profesional especializado; misma que se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua, hasta que alcancen el máximo beneficio. En caso de no requerirla, se le deberá dejar cita abierta, para salvaguardar su derecho, cuando así lo determinen o, de ser el caso, deseen retomarla, toda vez que la citada medida de rehabilitación es derecho de las víctimas, por lo que será su voluntad acceder a ésta. Hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la vista administrativa que se presentara en el OIC-IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, por las omisiones o acciones en las que incurrieron en agravio de V, mismas que se especifican en el apartado de Responsabilidad de las Personas Servidoras Públicas

de la presente Recomendación, ello con el fin de que, de ser el caso, se realice la investigación respectiva y resuelva lo conducente, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, por lo cual se deberá informar a esta Comisión Nacional las acciones de colaboración que efectivamente se realicen.

CUARTA. Impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral en materia de derechos humanos que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, relacionado con el derecho a la protección de la salud; así como la debida observancia y contenido de las Guía-Síndrome Coronario Agudo, Guía ESC-Síndrome Coronario Agudo, Guía Española-Síndrome Coronario Agudo y Choque Séptico, Guía-TRIAGE y la NOM-Del Expediente Clínico, dirigido al personal médico adscrito a los servicios de Urgencias, Medicina Interna y Cardiología, de los HGSZ 7 y HGZ 4, particularmente a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, en caso de estén en un nosocomio diverso y continúen activos laboralmente en dicho Instituto, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso, ello, con la finalidad de atender también a una cultura de paz del Estado Mexicano. Los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; que incluya programa, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y/o constancias. Hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular al personal médico del del HGSZ 7 y HGZ 4, que describa las medidas de supervisión para la aplicación adecuada de las recomendaciones contenidas en las Guía-Síndrome

Coronario Agudo, Guía ESC-Síndrome Coronario Agudo, Guía Española-Síndrome Coronario Agudo y Choque Séptico, Guía-TRIAGE y la NOM-Del Expediente Clínico, dirigido al personal médico de los servicios de Urgencias, Medicina Interna y Cardiología, a efecto de que las personas que presenten ese padecimiento, reciban una valoración interdisciplinaria por personas especialistas que estén capacitadas y familiarizadas con el mismo, a efecto de garantizar se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional y en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Hecho lo anterior, se envíen a esta CNDH las constancias de su cumplimiento, entre ellas el acuse de recepción de la circular y la descripción de cómo se difundió.

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

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

132. 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.

133. Con base al fundamento jurídico previamente referido, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

134. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, éstas deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello este Organismo Nacional 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

CEFM