



RECOMENDACIÓN No. 43/2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA INTEGRIDAD PERSONAL Y AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V1, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE QV Y V2, EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 25 de febrero de 2022

**DR. PEDRO MARIO ZENTENO SANTAELLA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.**

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2019/3391/Q**, sobre la atención médica brindada a V1 en el CMN 20 de Noviembre.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1, 3, 9, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto



en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Clave	Denominación
V	Víctima Directa
QV	Quejosa Víctima
AR	Autoridad Responsable
MR	Persona Médico Residente
SP	Persona Servidora Pública

4. La referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con acrónimos o abreviaturas para facilitar la lectura y evitar su constante repetición, pudiendo identificarse de la siguiente manera:

Denominaciones	Acrónimo
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Comisión Nacional/ Organismo Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Fiscalía General de la República	FGR
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado "ISSSTE"	ISSSTE



Denominaciones	Acrónimo
Hospital Regional “Dr. Valentín Gómez Farías” del ISSSTE en Zapopan, Jalisco	Hospital Valentín Gómez Farías
Centro Médico Nacional “20 de noviembre” del ISSSTE en la Ciudad de México	CMN 20 de Noviembre
Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica	UTIP
Medicina Interna Pediátrica	MIP
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Ley General de Salud	LGS
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento del ISSSTE
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas	NOM-Para Residencias Médicas

I. HECHOS.

5. El 17 de abril de 2017, V1 llegó al CMN 20 de Noviembre procedente del Hospital Valentín Gómez Farías para mejorar su tratamiento por crecimiento anormal del corazón (miocardiopatía hipertrófica), sin embargo, QV consideró que su atención médica fue inadecuada el 19 de abril y 6 de junio de ese mismo año, debido a que en la primera fecha, después de su ecocardiografía, subió a piso sedado y con ayuno, y a las 16:00 pm presentó convulsiones sin que hubiera medicamento (flumazenilo) para contrarrestar el sedante suministrado; y el 6 de



junio de 2017, presentó paro respiratorio y hemorragia después de cinco horas de colocación de catéter venoso, lo que ameritó que ingresara a la UTIP, la primera vez por tres semanas, y la segunda, por tres días.

6. QV presentó queja en la CONAMED, donde el 11 de febrero de 2019, se dictó Acuerdo Conciliatorio al haber reconocido el ISSSTE, deficiencia médica y administrativa, empero ante el incumplimiento a lo pactado, el 8 de abril de 2019, QV presentó queja ante esta CNDH, por no haberse determinado el monto de indemnización por el daño neurológico causado a V1, por lo que se inició el expediente CNDH/1/2019/3391/Q, y el 27 de octubre de 2020, V2 se inconformó cuando se le notificó que no era procedente la indemnización. El 4 de julio de 2020, lograron el alta de V1 del CMN 20 de Noviembre al Hospital Valentín Gómez Farías, al haber considerado que cada intervención puso más en riesgo su vida, por haberlo dejado *“casi en estado vegetativo”*.

7. A fin de analizar probables violaciones a derechos humanos se obtuvo copia del expediente clínico de V1 e informes de su atención médica, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

8. Escrito de queja de 8 de abril de 2019, donde QV se inconformó por el incumplimiento del ISSSTE al acuerdo conciliatorio celebrado en la CONAMED, el cual ratificó el 9 de ese mes y año.

9. Correo electrónico de 18 de agosto de 2019, mediante el cual QV informó que el ISSSTE notificó que no existió negligencia médica ni administrativa en la atención de V1, a su vez, dicho Instituto el 6 de septiembre de 2019 adjuntó copia simple del



oficio DNSC/SAD/CQM/3325/2019 de 25 de julio de ese año, por el cual notificó a QV dicha determinación.

10. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/3289-1/2020 de 26 de agosto de 2020, mediante el cual el ISSSTE informó que, con motivo de lo determinado ante la CONAMED, dio vista al Órgano Interno de Control, el cual el 2 de febrero de 2022 informó que continuaba la investigación.

11. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/3591-1/2020 de 21 de septiembre de 2020, al que el ISSSTE adjuntó copia simple del expediente clínico de V1, del cual se destacó lo siguiente:

11.1. Notas de evolución de la consulta externa de Cardiología Pediátrica de 1 de noviembre y 16 de diciembre de 2016, en las cuales se diagnosticó a V1, con *“miocardiopatía hipertrófica asimétrica¹ y miocardiopatía hipertrófica obstructiva”²*, respectivamente, y se determinó que podía realizar actividad normal excepto deporte de competencia.

11.2. Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia del Hospital Valentín Gómez Farías a Cardiología Pediátrica del CMN 20 de Noviembre de 11 de abril de 2017, para posible manejo quirúrgico vs. paliativos por síncope.³

11.3. Nota de evolución de Cardiología Pediátrica del CMN 20 de Noviembre de 17 de abril de 2017, en la cual SP1 ordenó la inmediata hospitalización de V1, por riesgo de muerte súbita por síncope.

¹ Afección caracterizada por el engrosamiento anormal del músculo del corazón que dificulta que bombee sangre, generalmente no se diagnostica y la mayoría de las personas no tienen síntomas y no experimentan problemas importantes, en algunos casos puede provocar dificultad para respirar, dolor en el pecho o frecuencia cardíaca anormal (arritmia), el tratamiento puede incluir cirugía, un dispositivo implantable o medicamentos para ralentizar o regular la frecuencia cardíaca.

² La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la miocardiopatía hereditaria más frecuente caracterizada por un engrosamiento del músculo del corazón.

³ Esto es, pérdida transitoria y autolimitada de la conciencia habitualmente súbito con recuperación espontánea, completa y generalmente rápida, que en pacientes con miocardiopatía es un evento clínico grave que obliga a una valoración pronóstica con indicación de tratamiento con dispositivos implantables para la prevención de muerte súbita.



11.4. Nota de ingreso (Hospitalización) a Cardiología Pediátrica e Historia Clínica Pediátrica de 17 de abril de 2017, elaboradas por MR1, quien diagnosticó a V1, con síncope y miocardiopatía hipertrófica.

11.5. Nota de evolución de Cardiología Pediátrica de 18 de abril de 2017, en la cual MR1 solicitó ecocardiograma, entre otros estudios para V1.

11.6. Hoja de la Enfermera y Hoja para control de líquidos paciente adulto (sic) de 19 de abril de 2017, en las cuales se describió a V1 en ayuno y sin accesos venosos.

11.7. Nota de interconsulta a Neurología Pediátrica de las 22:19 horas de 19 de abril de 2017, en la cual SP2 indicó que a las 16:30 horas V1 inició crisis convulsivas generalizadas aparentemente secundarias a hipoglicemia con antecedente de administración de midazolam “*no conocemos la dosis*”, por lo cual solicitó manejo en la UTIP con inducción de coma para estado epiléptico.

11.8. Hoja de Traslado de Servicios de Cardiología Pediátrica a Terapia Intensiva Pediátrica de 19 de abril de 2017, elaborada por MR2 y nota de ingreso (Hospitalización) a la UTIP de las 10:34 horas del 20.

11.9. Notas de Neurología Pediátrica de 20 de abril de 2017, en las cuales SP2 reportó a V1, en coma medicamentoso y con actividad paroxística, esto es, episodios que imitan crisis epilépticas de aparición brusca y breve duración según su ecocardiografía; en tanto, el 25 y 28 de ese mes y año, lo describió en coma profundo sin respuesta a estímulo doloroso y nula respuesta verbal o motora.



11.10. Nota de evolución de Medicina Física y Rehabilitación de 3 de mayo de 2017, en la cual se indicó que V1 ingresaría a rehabilitación, diagnosticándolo el 9 de ese mes y año, con *“inmovilidad”*.

11.11. Nota de Neurología Pediátrica de 13 de mayo de 2017, en la cual se asentó que el estado de hipoglucemia de V1, probablemente le generó su estado epiléptico con manejo en la UTIP.

11.12. Nota de evolución de Medicina Física y Rehabilitación de 22 de mayo de 2017, en la que se indicó que V1 iniciaría Programa de Rehabilitación por deficiencias neuromusculoesqueléticas.

11.13. Nota de evolución agregada de la Coordinación de Pediatría de 6 de junio de 2017, que mencionó que ante las glucemias limítrofes y aporte parenteral de glucosa elevado de V1, se solicitó apoyo a Cirugía Pediátrica para colocación de catéter venoso central.

11.14. Hoja de la enfermera de 6 de junio de 2017, en la cual se registró la dosis de midazolam administrada a V1 a petición de Pediatría y Cirugía Pediátrica.

11.15. Nota agregada de guardia de 9 de junio de 2017, en la cual se reportó que a las 20:10 horas, secundario a procedimiento de colocación de catéter venoso central, V1 presentó choque hemorrágico severo con paro respiratorio.

11.16. Nota de Genética de 9 de junio de 2017, en la cual se comunicó a los padres de V1, que su evolución no correspondía a error innato del metabolismo; reportándose en la nota de seguimiento conjunto por MIP, Pediatría y Genética que padecía beta oxidación de ácidos grasos⁴.

⁴ Los defectos congénitos de la β -oxidación de los ácidos grasos (β -OAG), es un grupo de enfermedades neurometabólicas con serias consecuencias clínicas, entre las que se destacan convulsiones, hipoglucemia, daño muscular, cardiomiopatía, acidosis metabólica y disfunciones hepáticas.



- 11.17.** Minuta de reunión informativa de 23 de junio de 2017, con intervención de los médicos tratantes de V1 quienes explicaron su pronóstico a V2.
- 11.18.** Hoja de egreso hospitalario de MIP de 27 de junio de 2017 por transferencia hospitalaria de V1 con diagnóstico final de cardiomiopatía hipertrófica a la cual se adjuntó un resumen con su atención médica en Cardiología Pediátrica, la UTIP, MIP y Cirugía Pediátrica.
- 11.19.** Nota de evolución de MIP de 27 de junio de 2017, en la cual se estableció que QV y V2 solicitaron su transferencia al Hospital Valentín Gómez Farias, dándosele de alta con transferencia a Cardiología Pediátrica.
- 11.20.** Hoja de egreso hospitalario de Cardiología Pediátrica de 28 de junio de 2017 al Hospital Valentín Gómez Farias y hoja de egreso hospitalario de 4 de julio de 2017, elaborada por SP4 por transferencia a otra Unidad.
- 11.21.** Informes de 7 y 16 de julio de 2018, suscritos por SP3 y el Jefe de Neurología Pediátrica en respuesta a la queja presentada por QV ante la CONAMED; así como el rendido el 17 de ese mes y año por AR1.
- 11.22.** Copia del oficio 096/201.1.2.7.3.3/UAD-162/2019 de 7 de febrero de 2019, al que el CMN 20 de Noviembre adjuntó copia del diverso 096/201.1.2.3.1/012/2019 de 6 de ese mes y año, mediante el cual Neurología Pediátrica emitió la valoración respecto al estado de salud de V1.
- 12.** Acta Circunstanciada de 10 de octubre de 2020, mediante la cual personal de esta Comisión Nacional hizo constar que la abogada particular de QV y V2, informó que presentó denuncia en la FGR.



13. Escrito de queja recibido el 27 de octubre de 2020, al que V2 anexó CD con pruebas y videos de las condiciones en que se encontraba V1 antes y después del ecocardiograma, ratificada por QV, el 30 de ese mes y año; en tanto, personal de esta CNDH, el 10 de noviembre certificó el contenido del CD, destacándose:

13.1. Notas de Pediatría de 9 de marzo, 13 de abril y 15 de mayo de 2015, así como de 12 de noviembre de 2015, elaborada por Genética, en las cuales se reportó a V1, con desarrollo neurológico acorde a su edad.

13.2. Nota de evolución de Pediatría de 16 de abril de 2017, cuya especialidad indicó que V1 cursaba con buena evolución.

13.3. Cuatro videos que demuestran las condiciones de V1 antes del 18 de abril de 2017 y después del ecocardiograma del 19 de ese mes y año, así como cinco copias de sus fotografías antes y después de los hechos.

13.4. Carnet del 13 de agosto al 23 de noviembre de 2018 y copia del certificado de discapacidad expedido por el gobierno del Estado de Jalisco con diagnóstico de cuadriparesia flácida, discapacidad motora con grado severo de naturaleza adquirida el 19 de abril de 2017.

13.5. Queja de QV y V2, con motivo de negativa del ISSSTE para pagar indemnización por las afectaciones causadas a la salud de V1.

14. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/885-1/21 de 24 de febrero de 2021, al que el ISSSTE adjuntó el diverso 96.200.1.2.7.33/UAD-131/2021 de 22 de ese mes y año, con los informes médicos de SP1 y SP5.

15. Oficio FEMDH/DGPCDHQI/104/2021 de 30 de marzo de 2021, al que la FGR adjuntó el diverso 047/21 de 26 de ese mes y año, en el que comunicó que el 19



envió la Carpeta de Investigación 1 por incompetencia a Delegación Estatal en la Ciudad de México.

16. Acta Circunstanciada de 7 de mayo de 2021, en la cual personal de esta CNDH hizo constar que el 9 de abril de ese año en la Carpeta de Investigación 1 se determinó el no ejercicio de la acción penal por prescripción.

17. Opinión médica de 28 de junio de 2021, en la que esta Comisión Nacional estableció consideraciones técnicas en cuanto a la atención médica proporcionada a V1 en el CMN 20 de Noviembre, la cual fue inadecuada el 19 de abril y 6 de junio de 2017, cuando AR1 le realizó un ecocardiograma y AR2 le provocó choque hipovolémico posterior a colocación de catéter venoso central.

18. Acta Circunstanciada de 11 de enero de 2022, en la cual personal de esta CNDH hizo constar la llamada telefónica de QV, quien indicó que a V1 se le brindó rehabilitación física hace 3 o 4 años y actualmente recibe atención por Nefrología y Gastroenterología con seguimiento para alergias, sin terapias de lenguaje.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

❖ CONAMED.

19. El 4 de junio de 2018, QV presentó queja en la CONAMED por posible deficiencia en la atención médica brindada a V1 en el CMN 20 de Noviembre con solicitud de indemnización, reembolso y atención integral especializada y continua, la cual se radicó como Expediente 1 y se remitió al ISSSTE, cuyo Comité de Quejas Médicas en la Primera Sesión Extraordinaria 2019 de 21 de enero de ese año, dictaminó su procedencia al “(...) *existir deficiencia médica y administrativa, dando vista al Órgano Interno de Control (...). El monto de indemnización quedó sujeto a valoración por (...) Neurología Pediátrica, (...).*”



20. El 11 de febrero de 2019, la CONAMED concluyó el Expediente 1 como conciliado con indemnización previa valoración de las secuelas de V1 por Neurología Pediátrica y reembolso a presentación de facturas.

21. El 2 de agosto de 2019, el ISSSTE notificó a QV, que el Comité de Quejas Médicas el 6 de mayo de ese año, determinó que “(...) *no ha lugar al pago de la indemnización, debido a que el paciente tiene una enfermedad congénita (...) autorizó (...) atención médica de por vida (...)*”; por su parte, el Órgano Interno de Control de dicho Instituto, el 2 de febrero de 2022 informó que la vista ordenada el 26 de agosto de 2020 por el Comité de Quejas continua en investigación.

❖ **FGR.**

22. El 9 de noviembre de 2020, se presentó en la Delegación Estatal de Jalisco la denuncia de QV y V2 en representación de V1, por lesiones y responsabilidad profesional en contra de médicos del ISSSTE, la cual se radicó como Carpeta de Investigación 1 y se remitió por incompetencia el 6 de enero de 2021, a la Delegación Estatal en la Ciudad de México, devolviéndola el 25 de ese mes y año, al no encontrarse satisfecho el requisito de procedibilidad.

23. El 12 de marzo de 2021, se recibió la Carpeta de Investigación 1 en la Célula Investigadora 6 del Equipo de Investigación y Litigación IV-CDMX de la Delegación en la Ciudad de México y el 9 de abril de ese año, se determinó el no ejercicio de la acción penal por haber operado la prescripción.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

24. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2019/3391/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un



enfoque lógico jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la integridad personal y al principio de interés superior de la niñez en agravio de V1, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de QV y V2, atribuibles a AR1 y AR2 adscritos a Ecocardiografía y Cirugía Pediátricas, respectivamente, del CMN 20 de Noviembre, por las siguientes consideraciones.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

25. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,⁵ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho a dicha protección.

26. La SCJN ha establecido que “(...) *El derecho a la salud, (...), comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo la calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, (...), que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, (...).*”⁶

27. 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

⁵ CNDH. Recomendaciones: 71/2021, párr. 41; 80/2019, párr. 30; 77/2018, párr. 16; 1/2018, párr. 17; 56/2017, párr. 42; 50/2017, párr. 22; 66/2016, párr. 28 y 14/2016, párr. 28, entre otras.

⁶ Jurisprudencia administrativa, “*DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD*”. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, Registro 167530.



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, demandando la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

28. El párrafo primero, del artículo 25, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que: “(...) *toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)*”; en tanto, el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece que, “*toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...) a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad*”.

29. El párrafo 1º, de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como “(...) *derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás (...). Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante (...) aplicación de (...) programas de salud elaborados por la (...) (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)*”.⁷

30. En los artículos 10.1 e incisos a) y d), del numeral 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “*Protocolo de San Salvador*”, se reconoce el derecho a la salud de las personas, entendido como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, debiendo el Estado adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el “*Caso Vera Vera y otra vs Ecuador*”,⁸ consideró

⁷ “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”. Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

⁸ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43.



que, “(...) *los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)*”.

31. Del análisis, se advirtió que AR1 y AR2 derivado de su calidad de garantes acorde a lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, en concordancia con los numerales 1 y 22, del Reglamento del ISSSTE, vigentes al momento de los hechos, omitieron la adecuada atención médica que V1 requería durante el ecocardiograma y en la colocación de catéter venoso de 19 de abril y 6 de junio de 2017, por lo cual vulneraron su derecho a la protección de la salud y a su integridad personal como se analizará después de sus antecedentes clínicos.

32. V1, masculino de 3 años de edad al momento de los hechos, a quien a los dos días de nacido se le detectó soplo cardíaco congénito e hipertensión arterial pulmonar moderada a severa, que ameritó cierre quirúrgico el 10 de junio de 2014, con alergia a metoclopramida (síndrome extrapiramidal medicamentoso), sin embargo, la tomografía de cráneo lo reportó normal e igualmente se le diagnosticó con desnutrición grado 3.

33. Durante el 9 de marzo, 13 de abril y 15 de mayo de 2015, Pediatría lo reportó con cardiopatía congénita y desarrollo neurológico adecuado, lo mismo que Genética, el 12 de noviembre de ese año; el 1 de noviembre de 2016, fue valorado por primera vez en Cardiología Pediátrica del CMN 20 de Noviembre por síncope y miocardiopatía hipertrófica confirmados por resonancia magnética; en tanto, la ecocardiografía de 15 de diciembre de ese año, lo reportó en clase funcional I, es decir, con actividad ordinaria sin limitación de actividad física.

34. En abril de 2017, V1 ingresó al Hospital Valentín Gómez Farías por síncope secundario a miocardiopatía y al no poder ofrecerle diversa alternativa por el elevado riesgo de muerte súbita, el 11 de ese mes y año, se solicitó interconsulta por Telemedicina a Cardiología Pediátrica del CMN 20 de Noviembre para valorar su



posible manejo quirúrgico y/o paliativo, por lo cual el 17 fue trasladado a dicho nosocomio, lo que en opinión del especialista de esta CNDH fue adecuado.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1.

❖ Cardiología Pediátrica del CMN 20 de Noviembre.

35. A las 11:07 horas de 17 de abril de 2017, SP1 recibió a V1, delgado, sin habla, con pulso aumentado, aceleraciones del corazón sin vibración palpable en la pared torácica (precordio hiperdinámico sin thrill); a la auscultación con sonido muy intenso audible sin estetoscopio (soplo eyectivo corto en foco aórtico G II/VI) con pulsos disminuidos y ante la posibilidad que desarrollara arritmia evidenciada en la radiografía de tórax, ordenó su hospitalización ante el riesgo de muerte súbita.

36. En hospitalización fue atendido por MR1, quien lo describió de 11.5 kg., talla 93 cm., saturación normal, activo, reactivo, sin habla, *“tendiente a gritar”*, pupilas, extremidades íntegras funcionales, pulsos disminuidos, entre otros datos, por lo cual lo diagnosticó con miocardiopatía hipertrófica y síncope y solicitó nuevo ecocardiograma, entre otros estudios, para confirmar un diagnóstico de certeza y brindarle tratamiento idóneo.

37. Uno de los motivos de queja expuestos por QV y V2 ante esta CNDH, fue por el estado de salud de V1 posterior al ecocardiograma solicitado, sin que, del expediente clínico remitido por el ISSSTE, se desprendiera alguna nota elaborada por AR1, a excepción del informe que rindió el 17 de julio de 2018 a petición de la CONAMED (QV se quejó por inadecuada atención médica), en el cual asentó:

37.1. Paciente de 3 años en protocolo de estudio por engrosamiento de una parte de corazón (miocardiopatía septal asimétrica severa) y debido a que se solicitó ecocardiograma, se le programó para el 18 de abril de 2017, el cual se suspendió 24 horas por irritabilidad y llanto de V1 (lo que modifica el resultado), por lo cual se solicitó se le mantuviera despierto y de no funcionar se le indicara



ayuno para sedación porque pasaría a las 10:00 horas.

37.2. El 19 de abril de 2017, V1 continuaba irritable y sin sueño, por lo que previa firma del consentimiento informado le administró “*midazolam en la dosis aceptada por la literatura universal*” y realizó su estudio sin inconvenientes a cuyo terminó lo envió a piso con signos vitales estables y bajo efectos del medicamento.

38. El informe de AR1 deja entrever una intervención apegada a la literatura en su especialidad; sin embargo, esta CNDH advirtió irregularidades que evidencian responsabilidad porque cuando V1 subió a piso sedado y en ayuno, convulsionó, lo cual ameritó la intervención de SP2 de Neurología Pediátrica, quien destacó:

38.1. A las 16:30 horas, V1 convulsionó por tres minutos con hipoglucemia de 30 mg/dl (sic), posterior a la gasometría, tuvo nuevas convulsiones con pérdida del estado de alerta de 5 minutos sin recuperación entre uno y otro, como antecedente de importancia, se le realizó ecocardiograma al medio día con “(...) *midazolam intranasal vía oral no conocemos la dosis administrada (...)*”, por lo cual se le aplicó diverso medicamento para aminorar las crisis; su video-electroencefalograma reportó actividad paroxística generalizada con ondas lentas de alto voltaje y agudas, después del medicamento persistieron las crisis sin mejoría; en tanto su tomografía de cráneo mostró adecuada diferenciación de sustancias blanca de gris con ventrículos conservados, sin anormalidades.

38.2. Debido a que a la exploración neurológica, V1 estaba sin respuesta verbal, no retiraba al dolor, sin apertura ocular, movimientos involuntarios y de extremidad superior derecha (temblor), fuerza no valorable, entre otros, determinó que debutaba con crisis aparentemente secundarias a hipoglucemia corregida, encontrándose en estado epiléptico que ameritó tratamiento y valoración por Terapia Intensiva para manejo en la UTIP con inducción del coma



para su estado epiléptico y desequilibrio ácido base-metabólico.

39. Datos que demostraron el estado de salud de V1 posterior a la ecocardiografía realizado por AR1, quien además de omitir la dosis de narcótico administrada no realizó alguna nota médica que describiera su técnica, lo que impidió verificar las condiciones en que ingreso al estudio y su egreso a piso pese a que asentó que subió con signos vitales estables; lo cual no generaría duda, si no fuera porque el 10 de julio de 2018, SP3 comunicó a la CONAMED, que V1 “(...) *ameritó sedación con midazolam intranasal y oral de 0.2 mg/kg de peso (dosis única, como se indica en la literatura internacional), (...)*”, afirmación contraria a lo informado el 15 de febrero de 2021 por SP1, quien comunicó a esta CNDH, que AR1 aplicó “(...) *1.1. mg vía nasal y oral, dosis únicas y suficientes (...)*”, discrepancias que impidieron conocer a exactitud la dosis administrada aunado a que AR1 se limitó a establecer que fue la “(...) *la dosis aceptada por la literatura mundial*”.

40. Ante la ausencia de nota médica de AR1, las dosis reportadas por SP1 y SP3 generan suspicacia respecto a la cantidad administrada, aunado a que en la Hoja de Transferencia de 19 de abril de 2017, MR2 estableció que, durante el ecocardiograma V1 requirió sedación de tipo benzodiazepinas (dosis no especificada), dato coincidente con lo expuesto por Neurología Pediátrica, y si bien es cierto, AR1 anexó el reporte del ecocardiograma del 18 al 19 de abril de 2017, dicho documento es insuficiente porque no detalla su procedimiento.

41. Circunstancias que para el especialista de esta CNDH generan “(...) *duda razonable (...)*” de que a V1 se le administrara la dosis ponderal pediátrica que indica el vademécum de medicamentos debido a que la farmacocinética⁹ de dicho depresor tiene efectos máximos entre 20 a 60 minutos que disminuyen hasta desaparecer de 2 a 6 horas, por tanto, cuando V1 convulsionó seguía en sedación y con el efecto depresor que constató Neurología Pediátrica, lo que se vio mayormente desfavorecido por lo siguiente:

⁹ Define la relación que se establece entre el antimicrobiano y el paciente, cómo el organismo manipula la droga, e incluye los procesos de absorción, distribución, unión a proteínas séricas e hísticas, metabolismo y su eliminación.



41.1. V1 permaneció en ayuno cuando menos 9 horas sin aporte de glucosa intravenoso (principal sustrato energético del encéfalo), como se confirmó con la Hoja de la Enfermera y la Hoja para Control de Líquidos de 19 de abril de 2017, lo cual generó como consecuencia directa hipoglucemia que detonó su depresión neurológica y crisis convulsivas y al no contarse con nota médica de AR1, se desconoce su técnica debido a que la rápida infusión está asociada a coma, disminución de saturación, convulsiones o presión baja grave.

41.2. AR1 tampoco solicitó apoyo a Anestesiología, quien conforme al punto 13, de la NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la Anestesiología, contempla un plan basado en condiciones clínicas del paciente pediátrico con equipo adecuado a su edad y talla, así como vía intravenosa permeable, lo cual soslayó pese a que el CMN 20 de Noviembre cuenta con recurso humano y había tiempo para el estudio porque no se trataba de alguna urgencia; además, pudo aplicarle técnicas de distracción para evitar la ministración de fármacos depresores del sistema nervioso central que le ocasionaron complicaciones severas, sin soslayar su falta de pericia al haber dilatado casi dos horas y media para un estudio de máximo 30 minutos, así como al haber indicado el ingreso de V1 a piso sin que estuviera despierto, activo, reactivo y sin efectos de sedación.

42. En cuanto a la ausencia de acceso venoso periférico durante el ecocardiograma, en la precitada Hoja de la Enfermera se indicó que hasta las 16:40 horas se le canalizó la vía periférica para ministración de soluciones; por lo que personal médico de esta CNDH concluyó que MR2 debió colocarle catéter venoso central para cualquier eventualidad, pues el haberlo puesto 10 minutos posteriores a que convulsionó es *“tiempo más que suficiente para provocar los efectos depresores del midazolam con alteraciones neurológicas irreversibles”*, lo que junto a la hipoglucemia severa ocasionaron crisis convulsivas que pusieron en riesgo su vida, máxime que dicho trastorno metabólico es el más frecuente en la edad pediátrica,



por lo que debió preverse que ante posibles repercusiones sobre el desarrollo del sistema nervioso constituía una verdadera urgencia médica que requería manejo inmediato en la UTIP, sin que aconteciera a la brevedad.

43. El 19 de abril de 2017, SP2 solicitó el ingreso de V1 a la UTIP para manejo de su estado epiléptico, y no obstante que MR2 lo describió con hallazgos que, en opinión del especialista de esta CNDH, se traducían en daño neurológico irreversible derivado de manera directa de hipoglucemia severa y efectos depresores del midazolam suministrado por AR1, fue hasta las 10:34 horas del 20 de ese mes y año cuando ingresó a la UTIP.

44. Si bien, AR1 indicó que contó con consentimiento informado para sedar a V1, sin embargo, dicha circunstancia sólo cumple el derecho a recibir información y orientación sobre riesgos y alternativas de los procedimientos acorde a los artículos 51 Bis 1 y 51 Bis 2, de la LGS, sin que sea contundente para deslindarla de responsabilidad por la omisión en la precisión de la dosis administrada, aunado a no consideró que el peso y talla de V1 eran bajos para su edad; además, a que dicho documento carece de su firma, lo cual será materia de valoración más adelante.

45. Igualmente, llama la atención que SP3 informara a la CONAMED, que cuando V1 subió a piso “*con signos vitales estables, pero aun dormido*”, MR1 indicó “*verbalmente*” que cuando despertara iniciaría tolerancia a la vía oral con leche e incluso cuando despertó “*ingirió dos onzas (...)*”, afirmación carente de sustento, ya que tales indicaciones “*verbales*” debieron asentarse cuando menos en la Hoja de la Enfermera, sin que sucediera, lo cual deberá investigarse para que se deslinde la responsabilidad en que pudo haber incurrido dicho profesionista porque V2 ni QV mencionaron que V1 hubiera despertado después del estudio ni que hubiera comido.

46. Irregularidades que junto a las omisiones de AR1 incidieron en la afectación al estado de salud de V1, propiciándole “*deterioro neurológico*” caracterizado por



hipoglucemia y crisis convulsivas que progresaron a estado epiléptico, lo que evidenció negligencia en el manejo clínico de una persona menor de edad con diversas consecuencias en su integridad personal, pues si bien, padece enfermedad congénita cardíaca, también lo es que de acuerdo a sus antecedentes, antes del ecocardiograma no había presentado alteraciones neurológicas.

47. La ausencia de datos respecto a la dosis ministrada fue uno de los mayores inconvenientes para acreditar que AR1 actuó de manera adecuada, máxime que a partir de esa data el estado de salud de V1 avanzó al detrimento pese a su monitorización continua, vigilancia estrecha de patrón respiratorio, hemodinámico y metabólico, manejo multisistémico, multisoporte y multidisciplinario por Neurología, Oftalmología, Endocrinología, Medicina Interna, Hematología e Infectología Pediátricas, y Medicina Física y Rehabilitación en la UTIP del 20 de abril al 9 de mayo de 2017, sin que tuviera cambios neurológicos significativos, de hecho el 3 de mayo, Medicina Física y Rehabilitación lo diagnosticó con *“inmovilidad”* e indicó para limitar secuelas de su patología de base por el daño neurológico que le condicionaba restricción en su desarrollo psicomotor ingresaría al programa de rehabilitación.

48. El 13 de mayo de 2017, Neurología Pediátrica indicó que probablemente la hipoglucemia le generó su estado epiléptico y el 22 de ese mes y año, su resonancia magnética en opinión del especialista de esta CNDH, evidenció pérdida de células nerviosas de varias regiones del cerebro que le generaba trastorno neurológico progresivo, de ahí que Medicina Física y Rehabilitación reiterara la necesidad de rehabilitación por sus deficiencias neuromusculares, siendo valorado en MIP, por Infectología, Neurología y Gastroenterología Pediátricas del 9 de mayo al 6 de junio de 2017, conforme a la GPC. Diagnóstico y Tratamiento Oportuno del Estado Epiléptico en el Primer y Segundo Niveles de Atención y a la literatura médica especializada referente al manejo del menor con daño neurológico que condiciona restricción en su desarrollo psicomotor con descompensación metabólica a expensas de glucosa.



49. Debido a que el 6 de junio de 2017, V1 presentó nuevo rechazo a la vía oral, deshidratación moderada, discreta hiperemia y niveles de azúcar más altos de lo normal (glucemias limítrofes), se solicitó a Cirugía Pediátrica la colocación de un catéter venoso central, cuyo resultado constituyó otro de los motivos de inconformidad de V2 y QV por lo siguiente.

❖ **Cirugía Pediátrica.**

50. Debido a que el personal médico que le colocó el catéter venoso a V1 omitió datos, se le identificará como AR2, quien a las 15:30 horas de 6 de junio de 2017, le desgarró y sangró la vena yugular externa derecha, lo cual cedió al pinzamiento y compresión y después de dos horas, continuó en vena yugular interna izquierda, la cual igualmente desgarró y le produjo sangrado cuando colocó catéter de 4.5 fr. (unidad de medida de calibre), que ameritó dexametasona, no obstante escuchó ruido alto (estridor), prosiguió su procedimiento y cuando ligó el cabo distal le produjo sangrado abundante (300 cc.) con desgarro hacia el cabo proximal que paró con compresión y ligadura.

51. Sin embargo, a las 20:10 horas, V1 presentó deterioro respiratorio y hemodinámico con datos de choque hemorrágico severo con paro respiratorio que requirió ventilaciones de rescate y gasometría, soporte hídrico y transfusión con infusión de adrenalina por hipotensión arterial con manejo avanzado de la vía aérea por intubación y su traslado a la UTIP del 6 al 9 de junio de 2017; al respecto, el médico de esta CNDH destacó que la falta de pericia de AR2 le provocó el desgarro de los vasos sanguíneos y choque hipovolémico, lo que pudo haberse evitado si se hubiera guiado por ultrasonido.

52. Otro factor que incidió en las complicaciones de V1, fue el hecho de que por indicación de Pediatría y Cirugía Pediátrica se le pasaron varios bolos de midazolam



sin justificarlos a las 15:00 horas; a las 16:45 horas; a las 17:30 horas; a las 18:40 horas; a las 19:00 horas, a las 20:00 horas como se constató en la Hoja de la Enfermera de 6 de junio de 2017, por lo que al haber desestimado AR2 que se trataba de paciente de bajo peso y talla para su edad, le provocó hipotensión y depresión respiratoria que derivó en paro cardiorrespiratorio, efectos secundarios del narcótico citado, con lo cual puso en riesgo su salud y la vida con independencia de que saliera adelante con seguimiento en MIP.

53. En dicho servicio, V1 permaneció del 9 de junio al 4 de julio de 2017, tratado multidisciplinariamente y con el resultado de los estudios metabólicos subrogados de 16 de mayo de 2017, se demostró que padecía probable error en la beta oxidación de los ácidos grasos en su receptor CT1, por lo cual se sugirió estudio genético molecular para confirmación y se ajustaron cambios dinámicos integrales y multidisciplinarios en su beneficio.

54. Neurológicamente el 23 de junio de 2017, se le describió sin movimientos, manejo antiepiléptico y analgesia no narcótica, disminución de fuerza de las cuatro extremidades (3/5) con temblor fino asociado a esfuerzo muscular, Babinsky bilateral (extensión dorsal del primer orjeo y el resto se abre en abanico, indicativo de lesión de la vía neurona motora superior) y movimientos espontáneos que ameritaron su continuidad en rehabilitación física.

55. El 26 de junio de 2017 se le realizó gastrostomía (apertura en el abdomen para introducirle alimento), fecha en que sus familiares solicitaron su transferencia a su ciudad de origen, por lo cual fue dado de alta el 27 de ese mes y año y trasladado el 4 de julio de 2017 al Hospital Valentín Gómez Farias, donde el 12 de julio de ese año, se ordenó su alta con fuerza muscular disminuida, sin control de movimientos, *“no se sienta, no camina, no corre, no habla”*.

56. Lo expuesto, evidenció el estado de salud de V1 antes y posterior al 19 de



abril de 2017, cuando AR1 le realizó el ecocardiograma y después del 6 de junio, cuando AR2 le provocó desgarro vascular con sangrado en la colocación de un catéter venoso central, lo que acreditó negligencia médica independientemente de su pronóstico de salud por su padecimiento de base, lo cual incidió en su estado de salud e integridad personal por lo siguiente.

B. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL DE V1.

57. El derecho a la integridad personal está interrelacionado con el derecho a la protección de la salud contenido en el artículo 4º, párrafo cuarto Constitucional, de ahí que los prestadores de los servicios de salud están obligados a contar con conocimientos necesarios que su praxis exige para brindar atención adecuada y oportuna que garantice a los usuarios el derecho a su integridad personal.

58. En la Recomendación 81/2017, párrafo 92, se definió al derecho humano a la integridad personal como *“aquél que tiene todo sujeto para no sufrir tratos que afecten su estructura corporal, sea física, fisiológica o psicológica, o cualquier otra alteración en el organismo que deje huella temporal o permanente, que cause dolor o sufrimiento grave con motivo de la injerencia o actividad dolosa o culposa de un tercero”*.¹⁰

59. El artículo 5, punto 1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), en términos generales especifica que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física.

60. La CrIDH sostiene que los Estados *“(...) tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de (...) la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de*

¹⁰ CNDH. “Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la libertad personal de V1, V2, V3, V4 Y V5; a la seguridad jurídica de V5, a la integridad personal por actos de tortura cometidos en contra de V1, (...) V3 (...) V4 (...) y V5 (...), así como el derecho a una vida libre de violencia y el interés superior de la niñez de V2 niña de 1 año, V3 y V4, y a la justicia por inadecuada procuración de justicia, en agravio de V1, V2, V3, V4 y V5”, publicada el 29 de diciembre de 2017.



salud”,¹¹ asimismo, ha puntualizado que “[l]a integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana. A su vez, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana.”¹²

61. Toda persona tiene derecho a ser protegida en su integridad personal, lo que en el caso particular no aconteció, constituyendo las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para la inadecuada atención médica de V1, el soporte que comprobó la afectación a su integridad personal por lo siguiente.

B.1. Violación al derecho humano a la integridad personal de V1.

62. La opinión médica de esta CNDH acreditó que la atención médica proporcionada a V1 por AR1 y AR2, fue inadecuada, afirmación que se sustentó con la primigenia aceptación del ISSSTE en la audiencia conciliatoria de 11 de febrero de 2019 ante la CONAMED, cuando sus representantes comunicaron que *“Por unanimidad de votos (...) se resuelve como procedente la Queja Médica, interpuesta ante la [CONAMED], por [QV], al existir deficiencia médica y administrativa (...)”*.

63. Este Organismo Nacional no soslaya el mal congénito cardíaco de V1 ni la minuta de reunión informativa de 23 de junio de 2017, con intervención de personal de Cardiología, Neurología, Medicina Interna, Gastroenterología, Pediátricas y Genética Médica del CMN 20 de Noviembre, de la cual se destacó que SP2 de Neurología Pediátrica resaltó lo siguiente:

63.1. La tomografía cerebral inicial de V1 presentó lesiones de infartos a nivel occipital y agregó, *“(...) que dicha lesión ya estaba presente y (...) es altamente probable que no fuera el (...) 19 de abril cuando se le realizó el estudio, (...) pudo haber correspondido a días previos, (...), desde su lugar de referencia”*, V2 preguntó si pudieron existir datos que orientarán algún síntoma neurológico,

¹¹ CrIDH “Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil”, Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 89.

¹² CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párr. 117.



explicándole que pudo haber cambios en el lenguaje, a nivel visual, motor, etc. (cuando V1 convulsionó, indicó que su tomografía se advirtió sin anormalidades).

63.2. A la exploración física, lo encontró con hallazgos secundarios a múltiples factores metabólicos, hipóxicos, sistémicos y endocrinológicos y mencionó que su pronóstico neurológico a largo plazo es incierto y requerirá rehabilitación, seguimiento y vigilancia de las probables secuelas neurológicas; V2 comentó que nadie le detectó algún daño neurológico y que a los cuatro meses presentó *“crisis convulsiva secundaria a administración de metoclopramida”*, SP2 contestó que con esos antecedentes, cuando V1 llegó, *“(…) los datos aparentes ‘síncopes’ pudieron haber correspondido a crisis convulsivas, y la probabilidad de que los eventos de palidez y atonía pudieran corresponder a datos iniciales de crisis convulsivas”*, V2 agregó que en el tercer síncope le dieron muchas zucuritas, notándole mejoría, por lo cual SP2 agregó que también *“(…) pudieron corresponder a eventos de hipoglicemia (...)”*.

64. Por lo expuesto, esta CNDH considera la duda razonable respecto a la causa que determinó la afectación neurológica de V1, pero con la certeza de que AR1 actuó de manera negligente por suministrarle una dosis desconocida de midazolam a una persona menor de edad, con peso y talla bajos para su edad, sin que acreditara que administró la cantidad indicada en la literatura universal por las discrepancias de SP1 y SP3, la ausencia de nota médica, aunado al ayuno prolongado y falta de acceso venoso central, siendo insuficiente el resultado del ecocardiograma para justificar su negligencia médica, que le generó hipoglucemia y crisis convulsivas que ameritaron intervención por Neurología Pediátrica y su ingreso a la UTIP inducido a coma medicamentoso para mitigar los daños.

65. Aun cuando SP2 destacó la probabilidad de que la lesión cerebral de V1 hubiera acontecido desde su lugar de origen y que los síncopes pudieran haber sido el inicio de crisis convulsivas, no se cuenta con estudio concluyente de tales



probabilidades, aunado a que mencionó que la hipoglucemia pudo ser su detonante, lo cual coincide con la valoración de Neurología Pediátrica de las 16:03 horas de 13 de mayo de 2017, cuando se asentó que su estado de hipoglicemia probablemente le generó su estado epiléptico; sin olvidar que antes del 19 de abril de 2017, solamente había presentado problemas derivados de su mal congénito no en aspectos neurológicos, de ahí que en la opinión médica de esta CNDH se destacó que cuando V1 ingresó a piso bajo los efectos del medicamento y en ayuno prolongado propició su deterioro neurológico caracterizado por crisis convulsivas que progresaron a estado epiléptico posterior a hipoglucemia, siendo los efectos depresores del midazolam los que lo generaron; por tanto, el actuar negligente de AR1 y AR2 concretizó su violación a su derecho humano a la salud con la consecuente afectación a su integridad personal.

66. Respecto a la negativa de pago indemnizatorio a QV por la afectación a la salud de V1 determinada el 16 de mayo de 2019 por el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE, basado en la valoración de Neurología Pediátrica de 6 de febrero de ese año, que señaló que su *“(...) pronóstico para la vida es reservado por el problema cardíaco y para la función desde el punto cardíaco y neurológico. No se puede en este momento definir el grado de recuperación (...) a largo plazo”*.

67. Lo cual resulta insuficiente para considerar que negar una indemnización ante las acciones y omisiones de AR1 y AR2, aunado a que la referida valoración de Neurología Pediátrica destacó que presenta cardiopatía congénita, secuelas de estado epiléptico y choque hipovolémico que condiciona epilepsia generalizada con crisis tónico-clónica y mioclónica astáticas parcialmente controladas y retraso psicomotor, el *“lenguaje observado en videos que traen los padres”* es de balbuceo imitativo (entre 6 y 10 meses), por lo cual requiere rehabilitación, potenciales evocados auditivos y visuales, tomografía de cráneo y terapia de lenguaje y considerando la opinión médica de esta CNDH y el estado de salud e integridad



personal de V1, es viable la indemnización, aunado a que causa extrañeza que el ISSSTE le concediera servicio médico multidisciplinario vitalicio, lo cual no tendría razón de ser si no hubiera incurrido en responsabilidad como lo admitió en la CONAMED.

68. V1 tenía derecho a una atención médica con pericia y diligencia, pues si bien, todo acto médico conlleva riesgos, al igual que, en tratándose de medicamentos, también lo es que, su aplicación guarda estrecha relación con las particularidades de cada paciente, de ahí que AR1 debió haber realizado un control de riesgos y búsqueda de beneficios a través de una dosis adecuada de midazolam, manteniendo, en lo posible, vigilancia estrecha, contrario a ello ordenó que subiera a piso bajo los efectos del sedante, lo que le genera responsabilidad.

69. Y al igual que AR2, debieron extremar precauciones que la naturaleza de la obligación les exigía tener durante sus intervenciones, sin dejar de lado que V1 ingresó al CMN 20 de Noviembre para mejorar su padecimiento congénito cardíaco, aunado a que no había presentado antes del 19 de abril de 2017 eventos convulsivos, ya que el incidente que V2 le narró a SP2 en la junta informativa correspondió a una alergia, sin que se registraran daños a nivel neurológico que le impidieran hablar, moverse, caminar, etc., resaltando las fotografías y videos presentados por QV y V2, su estado antes y después de dicho estudio, lo cual es coincidente a la evolución al detrimento en su estado de salud e integridad personal, aunado a que únicamente llegó al CMN 20 de Noviembre, por síncope.

70. La atención médica de V1 durante el 19 de abril y 6 de junio de 2017 no se ajustó a lex artis ante la falla en los procesos de atención previamente acreditados y aun cuando el Comité de Quejas Médicas en el ISSSTE consideró que no ameritaba indemnización por el mal congénito de V1, no debe minimizar que fue derivado para brindarle mejor atención a su padecimiento cardíaco, lo cual no sucedió y motivó a sus progenitores solicitar su retorno a su lugar de origen por el daño neurológico e



inmovilidad ocasionada; además, de su patología de base.

71. En consecuencia, AR1 y AR2 vulneraron el derecho a la integridad personal de V1, al no haber actuado con diligencia en el desarrollo de los procesos realizados el 19 de abril y 6 de junio de 2017, lo cual evidenció el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión al haber puesto en riesgo su vida pese a que estaban obligados a apegarse a conocimientos científicos y éticos orientadores de su práctica médica, lo que al no haber sucedido, contribuyó en la inadecuada atención que derivó en la afectación a su integridad personal, afirmándose que incumplieron con su deber de garantizar calidad y oportunidad en dicha atención, así como con los artículos 48 y 138 Bis, del Reglamento de la LGS, de los que deriva su responsabilidad al no haberle brindado prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea.

C. PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ.

72. Para esta Comisión Nacional, preservar el interés superior de la niñez es tarea primordial, principio reconocido en el artículo 4º, párrafos cuarto y noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

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

74. La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, vigente al momento de los hechos, establecía en el artículo 3, inciso A: *“Son principios rectores de la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes: A. El del interés*



superior de la infancia (...)”; la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su preámbulo, reconoce que todo menor de edad requiere de protección y cuidado especiales y en su artículo 3.1 establece que las medidas que adopten las instituciones públicas o privadas, Tribunales, autoridades administrativas y Órganos Legislativos, atenderán de manera primordial este principio.

75. La SCJN, ha señalado en relación con el interés superior del menor que cuando se tome una decisión que les afecte en lo individual o colectivo, “(...) se *deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior (...). (...) es un concepto triple, al ser: (I) un derecho sustantivo; (II) un principio jurídico interpretativo fundamental; y (III) una norma de procedimiento. (...) prescribe que se observe ‘en todas las decisiones y medidas relacionadas con el niño’, lo que significa que, en ‘cualquier medida que tenga que ver con uno o varios niños, su interés superior deberá ser una consideración primordial (...), (...) incluye no sólo las decisiones, sino también (...) actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas. (...) -en esferas relativas a la (...) salud (...) deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él (...) y (...) tener la voluntad de dar prioridad a esos intereses (...)*”.¹³

76. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en el artículo 19, indica que todo niño debe recibir “(...) *las medidas de protección que su condición (...) requiere, por parte de su familia, de la sociedad y del Estado*”; por su parte, la Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25 señala que la infancia tiene “*derecho a cuidados y asistencia especiales*”.

77. La CrIDH advirtió la protección especial que deben tener los niños, al resolver que: “(...) *los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos (...), su condición exige una protección especial que debe ser*

¹³ Tesis aislada: Registro: 2013385 “*Derechos de las niñas, niños y adolescentes. el interés superior del menor se erige como la consideración primordial que debe de atenderse en cualquier decisión que les afecte*”. Semanario Judicial de la Federación, Libro 38, 6 de enero de 2017.



entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona (...).¹⁴

78. Para esta Comisión Nacional, V1 forma parte de un sector de la población en particular situación de vulnerabilidad por su padecimiento congénito, peso y talla bajos para su edad, por lo cual AR1 y AR2 debieron extender su protección y cuidados especiales, lo que no sucedió.

C.1 Violación al principio de interés superior de la niñez en agravio de V1.

79. Con motivo de su ejercicio profesional, AR1 y AR2 transgredieron el interés superior de V1 durante el ecocardiograma de 19 de abril de 2017 y la colocación de catéter venoso central de 6 de junio de ese año, cuya falta de cuidado propició su ingreso a la UTIP, inicialmente por tres semanas en coma inducido para mejorar su estado epiléptico causado en opinión del personal de esta CNDH por hipoglucemia al haberle suministrado dosis desconocida de midazolam que junto al ayuno prolongado le generó tal afectación; en tanto, la segunda ocasión, estuvo tres días por paro respiratorio por choque hipovolémico hemorrágico ocasionado por AR2, lo que incidió en la afectación a su derecho humano a la protección de la salud e integridad personal.

80. Lo anterior evidenció negligencia médica para un paciente de 3 años con mal congénito cardíaco, peso y talla bajos para su edad, particularidades que lo hacían merecedor a mayor protección y diligencia, debiendo haber optado por la decisión que más satisficiera su atención médica integral frente a los riesgos inherentes al estudio y procedimiento realizado, AR1, debió auxiliarse con Anestesiología y establecer vigilancia constante cuando lo envió a piso bajo sedación y en ayuno; por su parte, AR2 debió auxiliarse con ultrasonido para visualizar el recorrido del catéter y evitar el desgarre vascular que desencadenó en choque hipovolémico

¹⁴ “Caso González y otras (Campo Algodonero) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009. Excepción preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 408.



hemorrágico, aunado a que en ambos casos no se trataba de urgencias y al laborar en un nosocomio de tercer nivel de atención, contaban con personal especializado e infraestructura para ello.

81. AR1 y AR2 afectaron el estado de salud, integridad personal y el interés superior de V1, al haberlo colocado en una situación de franca vulnerabilidad que ameritó su ingreso a la UTIP ante el riesgo inminente que corría su vida, por lo cual transgredieron los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafo cuarto y noveno constitucionales; 1, fracciones I y II, 2, párrafo segundo, 4, fracción XX, 6, fracciones I, II, VI, XII, 13, fracción VIII y IX, 43 y 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; 1, 3.3 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos “*Pacto de San José*”; 12.2 inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño, 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud, que obligan a que en la toma de decisiones relacionadas con niños, se atienda primordialmente su interés superior.

❖ **Personal MR.**

82. En la precitada Recomendación General 15, “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, se destacó que “*(...) la carencia de personal de salud, (...), genera de manera significativa que estudiantes de medicina o de alguna especialidad presten el servicio de salud a derechohabientes (...) sin la supervisión adecuada, lo que en algunos casos trae como resultado daños en la salud de las personas, los cuales llegan al grado de ser irreparables (...)*”.

83. Después de que SP1 ordenó la hospitalización de V1, MR1 ordenó diversos estudios, entre ellos un ecocardiograma, para el cual debió mantener un acceso venoso permeable con solución glucosada para evitar hipoglucemia cuando AR1 lo



envió a piso en sedación y ayuno prolongado, omisión que incidió en períodos convulsivos que ameritaron atención de Neurología Pediátrica e ingreso a la UTIP y pese a la urgencia de dicho ingreso y los hallazgos asentados por MR2, que en opinión del especialista de esta CNDH se traducían en daño neurológico irreversible derivado de hipoglucemia severa y efectos depresores del midazolam, se acreditó que V1 ingresó a la UTIP el 20 de ese mes y año.

84. Por tanto, SP4 a cargo de la supervisión de MR1 y MR2 acorde a la opinión médica de esta CNDH, incumplió los puntos 10.3, 10.5 y 11.4, de la NOM-Para Residencias Médicas, ya que aun cuando los MR son profesionales de la medicina cursan un período de capacitación de ahí que requieran supervisión y guía de los médicos de base o titulares, debiéndose investigar la razón de su omisión para que en su caso se deslinde la responsabilidad que corresponda.

85. Por otra parte, para garantizar la adecuada atención médica de los pacientes se debe considerar los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la ONU, integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona, obligando a las autoridades a colaborar en su implementación, debiendo considerarse en el presente asunto el Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, concretamente la meta 3.8, cuya misión versa en *“(…) Lograr la cobertura sanitaria universal, (…) incluid[o] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (…)”*; correspondiendo al Estado generar acciones para alcanzarla mediante con reforzamiento de los servicios hospitalarios para que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones y omisiones de su encargo y considere las particularidades de los pacientes a fin de generarles atención eficaz y oportuna valiéndose de los medios a su alcance para garantizar una adecuada atención médica que abarque la integridad personal de quienes confían en los servicios de salud.

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



86. El artículo 6º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho al libre acceso a información, determinando que el Estado es el encargado de garantizarlo.

87. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”*¹⁵

88. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017,¹⁶ esta Comisión Nacional 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”.*

89. 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. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las (...) intervenciones del personal (...) de la salud, (...) el estado de salud (...); datos (...) del bienestar físico, mental y social (...)”.*¹⁷

90. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de

¹⁵ Observación General 14. *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*; 11 de mayo de 2000, párr. 12, inciso b), fracción IV.

¹⁶ CNDH. *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, 31 de enero de 2017.

¹⁷ Introducción, párr. dos.



salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

91. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre su estado de salud.¹⁸

92. Del análisis al expediente clínico de V1, personal médico de esta Comisión Nacional destacó la inobservancia de la NOM-Del Expediente Clínico por las siguientes irregularidades administrativas en su integración.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V1.

93. AR1 infringió el punto 6.3, de la NOM-Del Expediente Clínico al haber omitido la solicitud de auxilio a Anestesiología para que dosificara la dosis correcta de midazolam a V1 y al no contarse con nota médica derivada de dicho estudio igualmente contravino su punto 9.2, que establece requisitos que debe cumplir todo profesionista auxiliar de diagnóstico incluyendo incidentes; además incumplió los puntos 10.1, 10.1.1.8, 10.1.1.10, de la precitada normatividad y el artículo 51 Bis 2, de la LGS, debido a que la “*carta de consentimiento informado*” carece de su firma.

94. AR2, omitió nombre, cargo y cédula profesional, con lo cual inobservó el punto 5.10, de la NOM-Del Expediente Clínico, que especifica que todas las notas

¹⁸ CNDH, párr. 34.



deberán dichos datos, sin que se contara con alguna nota médica que justificara la administración de midazolam a V1 durante la colocación del catéter venoso central, lo cual deberá investigarse para deslindar la responsabilidad que corresponda.

95. Dichas omisiones impidieron que se determinara la etiología de la hipoglucemia y crisis convulsivas que V1 presentó posterior al ecocardiograma, así como conocer la identidad de AR2 el 6 de junio de 2017, lo que incidió en la afectación a su derecho humano a la salud, a la integridad personal y al interés superior de la niñez por las razones expuestas.

96. En cuanto a la petición de V2, respecto a que se les autorice “(...) utilizar y usar cualquier medio digital o electrónico tendiente a capturar fotografías, grabaciones de audio y/o de video de todas las actuaciones, audiencias y sus desahogos (...)”, esta CNDH carece de competencia para pronunciarse al respecto, siendo en todo caso, las Instituciones ante quien lo promueva y su normatividad las que lo determinen, debiéndose investigar su manifestación en cuanto a la falta de “flumazenilo, para que se determine lo conducente.

97. Las irregularidades en la integración del expediente clínico representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos tanto para un tratamiento como para deslindar responsabilidades, vulnerándose el derecho de QV y V2 a que se conozca la verdad al haberse acreditado que AR1 y AR2 incumplieron la NOM-Del Expediente Clínico.

E. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS.

98. AR1 y AR2 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones al no haber brindado la atención médica especializada y con calidad que V1 requería



ante su padecimiento congénito, bajo peso y talla para su edad, particularidades que lo hacían merecedor de manejo integral y especializado que no recibió durante el ecocardiograma y en la colocación de catéter venoso central, lo que derivó en la violación a su derecho humano a la protección de su salud, así como, a su integridad personal de manera irreversible, tan es así que a pesar de que el ISSSTE negó pago indemnizatorio por padecer un mal congénito, le otorgó “(...) *servicio médico especializado multidisciplinario vitalicio*”.

99. Por otra parte, las irregularidades en la integración del expediente clínico de V1, igualmente constituyen responsabilidad al haber vulnerado el derecho humano al acceso a la información en materia de salud en agravio de V2 y QV.

100. Esta CNDH considera que las omisiones atribuidas a AR1 y AR2 constituyen evidencia suficiente para concluir que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como servidores públicos, en términos de lo dispuesto 6 y 7, fracciones I, III, IV, V, VI, VII y VIII, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, así como el artículo 252 de la Ley del ISSSTE, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público; en ese sentido, aún, cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció, incluso el detrimento en su estado de salud generó que los progenitores de V1 solicitaran su traslado al Hospital Valentín Gómez Farías pese a que el CMN 20 de Noviembre es de alta especialidad.

101. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 72, párrafo



segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente denuncia ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1 y AR2 por las irregularidades en la atención médica de V1, así como a las advertidas en la integración de su expediente clínico, debiendo la autoridad administrativa considerar las evidencias reseñadas para que en su caso, determinen las responsabilidades por las violaciones a derechos humanos acreditadas.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

102. 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 Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación 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.

103. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y



131, de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la integridad personal y al interés superior de la niñez de V1, así como al acceso a la información en materia de salud en agravio de V2 y QV, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual, se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

104. Siendo 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 y 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, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

105. El ISSSTE deberá solicitar a la CEAV, la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral a favor de QV por la afectación a la salud de V1, a fin de que se realice un pago justo con motivo de las violaciones a derechos humanos acreditadas de conformidad con los artículos 1, 145, 146 y 152, de la Ley General de Víctimas, en los términos siguientes:

i. Medidas de Rehabilitación.

106. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares hacer frente a los efectos sufridos con motivo de las violaciones a sus derechos humanos de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62, de la Ley General de Víctimas,



así como del artículo 21, de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, incluyendo la rehabilitación *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

107. El ISSSTE en coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar a V1, V2 y QV, atención psicológica que requieran por las acciones u omisiones que incidieron en la afectación a la salud e integridad personal de V1, respecto de quien el Comité de Quejas Médicas de dicho Instituto el 16 de mayo de 2019, determinó que otorgaría servicio médico especializado multidisciplinario vitalicio, por lo cual se solicitará que se le brinde independientemente de su calidad de derechohabiente en consonancia con el interés superior de la niñez, que incluya atención médica, quirúrgica, hospitalaria, psicológica, farmacéutica, de Rehabilitación, Neurológica, de Nutrición y las que demande su estado de salud con auxiliares de diagnóstico.¹⁹

108. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en lugar accesible, con consentimiento de las víctimas, ofreciéndoles información previa, clara y suficiente, con enfoque diferencial y especializado en todo momento. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo necesario incluyendo de ser indispensable, la provisión de medicamentos.

ii. Medidas de Compensación.

109. Las medidas de compensación dispuestas en los artículos 27, fracción III y 64, de la Ley General de Víctimas, 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 a sus 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”*.²⁰

¹⁹ Amparo directo 18/2015, emitido por la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

²⁰ “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.



110. La compensación deberá otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de los derechos humanos sufrida por V1, por tanto, el ISSSTE en coordinación con la CEAV deberá valorar el monto de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a esta última para que, en el ejercicio de sus atribuciones proceda conforme a Derecho.

iii. Medidas de Satisfacción.

111. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y conforme a los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, en el presente caso, AR1 y AR2 deberán colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia que este Organismo Nacional presentará en el Órgano Interno de Control en el ISSSTE para que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos por inadecuada atención médica de V1 e irregularidades en la integración del expediente clínico.

iv. Medidas de no repetición.

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

113. En ese sentido, las autoridades del ISSSTE deberán implementar un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que



considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con la ecocardiografía a niños con patologías cardíacas y colocación de catéter en Cirugía Pediátrica, así como a la debida observancia de la NOM-Del Expediente Clínico, dirigidos al personal médico de Ecocardiografía y Cardiología Pediátrica del CMN 20 de Noviembre, considerando la asistencia de AR1 y AR2. Debiendo estar disponibles de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad.

114. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, emitir circular al personal de Ecocardiografía y Cardiología Pediátrica del CMN 20 de noviembre con medidas de supervisión para la adecuada integración del expediente clínico, las cuales serán supervisadas seis meses, siendo su cumplimiento y del resto de las medidas para garantizar su no repetición considerando informes mensuales.

115. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, proceda a la reparación integral del daño a QV, que incluya compensación justa y adaptada a las necesidades de V1, a quien el ISSSTE otorgó de manera vitalicia atención multidisciplinaria, precisándose que ésta deberá otorgarse independientemente de su calidad de derechohabiente y en consonancia con el interés superior de la niñez, que incluya atención médica, quirúrgica -de requerirlo-, hospitalaria, psicológica, farmacéutica, de Rehabilitación, Neurológica, de Nutrición y las que demande su



estado de salud con auxiliares de diagnóstico, y se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, debiendo enviarse a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue en los términos precisados, atención psicológica que en su caso requiera V1, V2 y QV con motivo de las violaciones a los derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la denuncia en contra de AR1 y AR2 ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE por las acciones y omisiones precisadas en el apartado de hechos y observaciones de la presente Recomendación, debiendo enviarse a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Implementar en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con ecocardiografía a niños con patologías cardíacas y colocación de catéter en Cirugía Pediátrica y de la debida observancia de la NOM-Del Expediente Clínico, dirigidos a personal médico de Ecocardiografía y Cardiología Pediátrica del CMN 20 de Noviembre, en los que deberán encontrarse AR1 y AR2. Debiendo estar disponibles de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad y remitir a esta Comisión Nacional, las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, emitir circular al personal de Ecocardiografía y Cardiología Pediátrica del CMN 20 de Noviembre que contenga medidas de supervisión para la



adecuada integración del expediente clínico, debiendo supervisarse su cumplimiento durante seis meses al igual que del resto de las medidas para garantizar su no repetición, debiendo remitir a este Organismo Nacional informes mensuales.

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

116. 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 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.

117. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

118. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.



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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA