

**RECOMENDACIÓN NO. 152/2022**

**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN AGRAVIO DE V1 EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 45 Y EN EL HOSPITAL DE PEDIATRÍA 172 DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN JALISCO.**

**Ciudad de México, a 15 de julio de 2022**

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

Distinguido Señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º párrafos primero, segundo y tercero, 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3 primer párrafo, 6 fracciones I, II y III, 15 fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2019/7507/Q**, relacionado con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno, y 116 párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 1, 6, 7, 16,

17 y 18 de la Ley General de Protección 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 una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son las siguientes:

Denominación	Claves
Víctima	<b>V</b>
Víctima y Quejoso	<b>VQ</b>
Persona Autoridad responsable	<b>AR</b>
Persona Servidora Pública	<b>SP</b>

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas leyes, normas, autoridades, instancias de gobierno y expedientes, se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

Nombre	Abreviaturas
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Organismo Nacional/Comisión Nacional
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS

Nombre	Abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de Pediatría	UCIN
Hospital General de Zona 45, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco	Hospital General
Hospital de Pediatría 172 de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, Jalisco.	Hospital de Pediatría
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de Salud
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento	NOM-034-SSA2-2013

## I. HECHOS

5. El 14 de agosto de 2019, VQ presentó queja ante este Organismo Nacional en la cual refirió que el 25 de abril de 2019, cursaba un embarazo de 38.5 semanas de gestación y acudió al Hospital General a fin de que se le practicara una cesárea durante la cual nació V1. No obstante, V1 presentaba coloración azulada y



permaneció internado en el cunero patológico ya que se sospechaba de un posible padecimiento cardíaco.

6. V1 permaneció internado en el Hospital General, que no contaba con los equipos y servicio de Cardiología Pediátrica para tratar su padecimiento. El 3 de mayo de 2019, V1 fue trasladado al Hospital de Pediatría donde se confirmó el diagnóstico de Transposición de Grandes Arterias, sin embargo, desarrolló una infección por bacterias intrahospitalarias, que evolucionó en sepsis. Presentó también dificultad respiratoria y fue trasladado el 13 de mayo de 2019 a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

7. Su estado de gravedad evolucionó, y durante los días siguientes padeció un trombo y desarrolló un choque séptico, que provocó la muerte de tejido en la mano derecha y se le amputaron 4 falanges, sin que fuera posible practicarle la cirugía cardíaca que requería durante los siguientes días. El 9 de agosto de 2019, a las 15:22 horas, V1 perdió la vida. VQ consideró que el deceso de V1 obedeció a la falta de cuidados, recursos e higiene en el Hospital General y el Hospital de Pediatría.

8. Debido a lo anterior, este Organismo Nacional radicó el expediente **CNDH/4/2019/7507/Q**, para la investigación de los hechos y la documentación de las posibles violaciones a derechos humanos. Se realizaron las diligencias, se obtuvieron informes del personal médico involucrado, copia de los expedientes clínicos de VQ y V1 integrados en los hospitales encargados de la atención del parto y seguimiento de V1 con posterioridad a su nacimiento, entre otras documentales, cuya valoración lógica-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de Evidencias de la presente Recomendación.

## II. EVIDENCIAS

9. Escrito de queja presentando en este Organismo Nacional el 14 de agosto de 2019, en la que VQ narró los hechos materia de la queja en su agravio y de V1.

10. Oficio 095217614C21/3237, de 7 de noviembre de 2019, mediante el cual el IMSS rindió el informe solicitado por este Organismo Nacional y remitió:

**10.1.** Informe Ref. 1401022151/DIR/3129/2019 de 5 de noviembre de 2019 rendido por el Director del Hospital General.

**10.2.** Informe Ref. 140102215/2763/2019 de 1 de noviembre de 2019 rendido por la Jefatura de Ginecología del Hospital General.

**10.3.** Informe de 5 de noviembre de 2019 rendido por la Jefatura de Pediatría del Hospital General.

**10.4.** Informe de 4 de noviembre de 2019, rendido por el Director Médico del Hospital de Pediatría.

**11.** Oficio 095217614C21/3332, de 19 de noviembre de 2019, al que el IMSS adjuntó los expedientes clínicos integrados por la atención otorgada a VQ y V1 en el Hospital General, y en el Hospital de Pediatría, de los cuales resultan relevantes las siguientes constancias:

**Del expediente clínico de VQ integrado en el Hospital General.**

**11.1** Nota de ingreso a tococirugía de 25 de abril de 2019, a las 9:30 horas, suscrita por la Dra. Beatriz Castro, médica de base.

**11. 2** Hoja de solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica de 25 de abril de 2019 a las 11:00 horas, suscrita por la Dra. Beatriz Castro.

**11.3** Nota de egreso de tococirugía de 25 de abril de 2019 a las 16:20 horas, suscrita por el Dr. Becerra, médico de base.

**11.4** Nota de evolución puerperio quirúrgico de fecha 26 de abril de 2019 a las 14:00 horas, suscrita por el Dr. Morales.

**11.5** Nota de alta de puerperio, suscrita por el Dr. Carlos Alfonso Y.

**Del expediente clínico de V1 integrado en el Hospital General.**

**11.6** Nota de ingreso a cunero patológico de 25 de abril de 2019 a las 16:12 horas, suscrita por AR1.

**11.7** Nota médica de evolución de 25 de abril de 2019 a las 17:33 horas, suscrita por AR1.

**11.8** Nota agregada de 25 de abril de 2019 a las 19:21 horas, suscrita por AR1.

**11.9** Nota de evolución y actualización del cuadro clínico, de fecha 25 de abril de 2019 a las 22:21 horas suscritas por AR2.

**11.10** Nota de evolución y actualización del cuadro clínico de fecha 26 de abril de 2019 a las 11:58 horas, suscrita por AR3.

**11.11** Nota de solicitud de interconsulta 26 de abril de 2019 a las 16:30 horas, suscrita por AR1.

**11.12** Nota de evolución y actualización del cuadro clínico de fecha 26 de abril de 2019 a las 18:13 horas, suscrita por AR1.

**11.13** Nota médica de evolución, de fecha 27 de abril de 2019 a las 22:02 horas, suscrita por AR4.

**11.14** Nota médica de evolución de fecha 29 de abril de 2019 a las 10:50 horas, suscrita por AR5.

**11.15** Nota médica de evolución de fecha 29 de abril de 2019 a las 16:10 horas, suscrita por AR1.

**11.16** Nota médica de evolución, de fecha 30 de abril de 2019 a las 11:50 horas, suscrita por AR5.

**11.17** Nota médica de evolución, de fecha 30 de abril de 2019 a las 17:20 horas, suscrita por AR6.

**11.18** Nota médica de evolución, de fecha 02 de mayo de 2019 a las 12:09 horas, suscrita por SP1.

**11.19** Solicitud de Interconsulta, de fecha 02 de mayo de 2019, a las 15:49 horas, suscrita por AR7.

**11.20** Nota médica de evolución, de fecha 02 de mayo de 2019, a las 18:57 horas, suscrita por AR7.

**11.21** Nota de Interconsulta de fecha 02 de mayo de 2019, a las 19:54 horas, suscrita por SP2.

**11.22** Nota médica de evolución, de fecha 03 de mayo de 2019, a las 11:12 horas, suscrita por SP1.

**11.23** Certificado de defunción con número de folio 19056922, de fecha 09 de agosto de 2019, expedido por la Secretaría de Salud, en el que se hizo constar el deceso de V1.

### **Expediente clínico de V1 integrado en el Hospital de Pediatría**

**11.24** Nota del servicio de Urgencias de 3 de mayo de 2019 a las 16:35 horas, suscrita por AR8.

**11.25** Nota del servicio de Urgencias Pediatría, de 04 de mayo de 2019, a las 13:22 horas, suscrita por AR9.

**11.26** Nota de Interconsulta por el Servicio de Cardiología, de fecha 04 de mayo de 2019, a las 16:00 horas, realizada por AR10.

**11.27** Nota de sesión médica quirúrgica, de fecha "...06/04/2019...", sin nombre de los médicos que suscriben y números de cédulas profesionales ininteligibles.

**11.28** Reporte de cateterismo cardiaco realizado a V1, de fecha 07 de mayo de 2019 en el Hospital de Pediatría, suscrito por SP3.

**11.29** Nota de evolución de fecha 08 de mayo de 2019 a las 05:59 horas, suscrita por AR12.

**11.30** Nota de evolución, de fecha 08 de mayo de 2019 a las 11:57 horas, suscrita por AR11.

**11.31** Nota de evolución, de fecha 10 de mayo de 2019, a las 02:03 horas, suscrita por AR12.

**11.32** Nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, de fecha 13 de mayo de 2019 a las 13:50 horas suscrita por SP4.

- 11.33** Nota de interconsulta por el servicio de infectología de fecha 14 de mayo de 2019 a las 20:07 horas suscrita por SP5.
- 11.34** Nota médica de evolución, de fecha 15 de mayo de 2019, a las 10:42 horas suscrita por SP4.
- 11.35** Nota médica de evolución de fecha 17 de mayo de 2019, a las 09:42 horas, suscrita por SP6.
- 11.36** Nota médica de interconsulta al servicio de cardiología de fecha 17 de mayo de 2019 a las 19:27 horas suscrita por SP7.
- 11.37** Nota médica de evolución de fecha 18 de mayo de 2019, a las 10:48 horas suscrita por SP4.
- 11.38** Nota Posoperatoria de fecha 21 de junio de 2019, a las 10:49 del Servicio de Cirugía plástica y Reconstructiva suscrita por SP8.
- 11.39** Nota de egreso, de fecha 09 de agosto de 2019 a las 18:16 horas suscrita por SP9.
- 12.** Resolución de 29 de octubre de 2020 emitida por de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, en la cual se determinó, una vez sometido el caso de VQ y V1 a investigación médica, en sentido improcedente.
- 13.** Opinión médica de fecha 18 de marzo de 2022, emitida por personal médico adscrito a este Organismo Nacional, en la que se documentó el análisis realizado a las constancias relacionadas con la atención otorgada a VQ y V1 en el IMSS.
- 14.** Acta circunstanciada de 4 de julio de 2022, en la que se hizo constar la comunicación telefónica sostenida con V1, ocasión en la que precisó que no inició acción jurídica adicional con motivo del caso.
- 15.** Acta circunstanciada de 13 de julio de 2022 en la que se hizo constar la comunicación sostenida con personal adscrito al Instituto Mexicano del Seguro Social.



### III. SITUACIÓN JURÍDICA

16. El IMSS informó que el caso de VQ y V1 fue sometido a consideración de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, resolviendo el caso en sentido improcedente al considerar que: “[...] *se trató de recién nacido con múltiples comórbidos: situs solitus, concordancia AV y VA, comunicación intraventricular subaórtica, con corto circuito izquierda a derecha, comunicación interauricular, ostium secundum con corto circuito de izquierda a derecha y falla cardíaca, malformaciones cardíacas congénitas con la posibilidad o alto riesgo de infección, que por sí solas y sin alguna infección agregada presentaban un panorama malo para la vida y la función con alto riesgo de mortalidad; recibiendo en todo momento manejo multidisciplinario; cumpliendo con lo señalado en el artículo 51, capítulo IV de la Ley General de Salud.*”

17. De conformidad con lo expresado por VQ en gestión telefónica, no se iniciaron acciones adicionales para deslindar responsabilidades administrativas y/o penales con motivo de los hechos materia del presente pronunciamiento.

### IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

18. En atención a los referidos hechos y evidencias contenidas en el expediente **CNDH/4/2019/7507/Q**, conforme al artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes que acreditan la vulneración a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al interés superior de la niñez de V1, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

#### A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

19. El derecho a la protección de la salud está establecido por diversos instrumentos internacionales, como en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, que reconoce el referido derecho al más alto nivel posible de salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General No. 14, “Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter

negativo o de abstención que impidan la efectividad del derecho a la salud, sino que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud.<sup>1</sup>

**20.** La ONU, a través del Tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, sobre “Salud y bienestar”, se ha pronunciado en el sentido de “[...] *garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”<sup>2</sup>.

**21.** Por su parte, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo Adicional), “[...] *establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*”<sup>3</sup>, así como el derecho a disfrutar “[...] *de los servicios de salud en todas sus formas y niveles*”<sup>4</sup>, por lo que para garantizarlos, el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como “[...] *la exigencia de ser apropiados médica y científicamente*”<sup>5</sup>.

**22.** También, la Convención para Erradicar todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (*CEDAW*), en su artículo 12.1 indica la obligación para que se adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. Complementariamente, en el último párrafo alienta a los Estados Partes a

---

<sup>1</sup> “[...] *el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir [...] La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud*”. ONU, Observación General No. 14 *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, del 11 de agosto de 2000, párr. 33.

<sup>2</sup> ONU/CEPAL, Objetivos de Desarrollo Sostenible. “Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe”. Tercer Objetivo, Meta 3.1, pág. 13.

<sup>3</sup> CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 117.

<sup>4</sup> SCJN. 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.

<sup>5</sup> *Ídem*.



ocuparse de cuestiones relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida de ésta.

**23.** A su vez la CPEUM, en el artículo 4, cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como “[...] *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”<sup>6</sup>.

**24.** Es importante considerar la interdependencia de este derecho, ya que su violación tendrá consecuencias directas en otros derechos, como el derecho a una vida digna, a la integridad personal, entre otros. Esta Comisión Nacional ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.<sup>7</sup>

**25.** Este Organismo Nacional reconoce que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que “[...] *el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información) y aceptabilidad.*

#### **A. 1 DERECHO A LA SALUD INFANTIL.**

**26.** El Comité de los Derechos del Niño, en la Observación General No. 15, “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”, reconoció que: “[...] *entre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de*

<sup>6</sup> Ley General de Salud, artículo 1° Bis.

<sup>7</sup> CNDH. Recomendaciones 52/2020, párr. 42; 49/2020, párr. 22; 45/2020, párr. 52; 23/2020, párr. 36; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017.

*lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto [...]*<sup>8</sup>.

27. A nivel internacional se ha contemplado el tema de niñez y salud como parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, para: “[...] *garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”; dicha Agenda ha hecho un llamado a volcar esfuerzos en una “[...] *estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente*”<sup>9</sup>, garantizando su salud y bienestar.

## **A 2. ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A VQ Y V1 EN EL HOSPITAL GENERAL.**

28. VQ, de entonces 35 años de edad, ingresó al Área de Tococirugía en el Hospital General el 25 de abril de 2019, a las 9:30 horas, cursando un embarazo de término de 38.5 semanas de gestación con antecedente de 2 cesáreas previas, por lo que se estableció como indicación absoluta, la realización de una cesárea.

29. En la misma fecha, a las 11:00 horas, se practicó a VQ el citado procedimiento quirúrgico, suscitándose el nacimiento de V1, sin evidencia de complicaciones en la atención del parto. VQ permaneció en el Hospital General hasta el 27 de abril de 2019, cuando fue dada de alta al ser favorable su evolución.

30. Por lo que corresponde a V1, el 25 de abril de 2019, a las 16:12 horas fue valorado por AR1 del servicio de Pediatría, y conforme a su desarrollo físico y características al nacer fue calificado con 9 /10 puntos al minuto y con 9/9 a los 5 minutos, en la escala de Apgar<sup>10</sup>, y conforme a la valoración de Silverman-Anderson<sup>11</sup> se calificó con

<sup>8</sup> Observación General No.15 *Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 24). CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013, párr. 18.

<sup>9</sup> ONU. “*Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente*” (2016-2030), 2015.

<sup>10</sup> Prueba que se practica al recién nacido inmediatamente después del parto para valorar su estado físico.

<sup>11</sup> Prueba que permite detectar la presencia o ausencia de dificultad respiratoria en el recién nacido.

2 puntos, mencionando que, al ser menor a 3 puntos no implicaba dificultad respiratoria al nacer.

**31.** No obstante, AR1 puntualizó que a los 5 minutos de nacido presentó datos de dificultad respiratoria, con síntomas de aleteo nasal y quejido espiratorio, por lo que se le indicó la aplicación de oxígeno, con lo cual disminuyeron tales síntomas pero aumentaron el número de respiraciones a 70 por minuto (polipnea)<sup>12</sup>. Durante las primeras 4 horas de vida, V1 presentó saturaciones máximas de oxígeno bajas de 85% (normal 95-98%), por lo cual se le incrementó el aporte de oxígeno, con síntoma de aleteo nasal y niveles bajos de glucosa; mantuvo saturaciones entre 91 y 96% y se decidió su ingreso a cunero patológico para continuar su vigilancia. También se encontró que V1 presentaba baja respuesta al medio, es decir se encontraba hipoactivo<sup>13</sup>.

**32.** De los signos anteriores, la opinión médica de este Organismo Nacional consideró que AR1 integró el diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria leve de manera inadecuada, ya que de acuerdo con lo establecido con la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido Prematuro, este padecimiento (SDR) es la causa más frecuente de insuficiencia respiratoria en el recién nacido prematuro (RNP) por deficiencia de surfactante, lo que favorece el colapso del pulmón y aumenta el esfuerzo respiratorio. Al respecto, es pertinente destacar que V1 no era un recién nacido prematuro, por lo que su condición no se debía al déficit del surfactante, y entonces, debió valorarse como única patología causante de los síntomas, un defecto de nacimiento para brindar un tratamiento eficaz, seguro, oportuno e integral por personal médico especializado como lo establece la NOM-034-SSA2-2013 para la prevención y control de los defectos al nacimiento en su numeral 9.1.

**33.** AR1 también estableció el diagnóstico de taquipnea respiratoria que se manifiesta con una frecuencia respiratoria mayor a 60 respiraciones por minuto en las primeras

<sup>12</sup> Incremento en la frecuencia y profundidad respiratorias.

<sup>13</sup> Con baja actividad.



horas de vida y se resuelve entre las 24 y 72 horas posteriores al nacimiento; asimismo estableció el diagnóstico preliminar de cardiopatía congénita cianógena<sup>14</sup> y solicitó estudios de laboratorio como radiografía de tórax urgente e interconsulta al servicio de cardiología para confirmar tal padecimiento.

**34.** No obstante, ante la sospecha de una cardiopatía congénita, AR1 debió estabilizar a V1 y trasladarlo al siguiente nivel de atención, como lo establece el apartado 9. 2 de la NOM-034-SSA-2-2013, para dar continuidad a su diagnóstico y tratamiento de manera oportuna; al no realizar este seguimiento, es posible determinar que la atención inicial otorgada por AR1 a V1 no fue adecuada.

**35.** A las 17:33 horas, AR1 detectó que V1 persistía con cianosis y requería oxígeno, solicitando una valoración por el servicio de cardiología ante el diagnóstico de probable cardiopatía congénita cianógena; sin embargo, en la petición efectuada no precisó de manera específica que el menor fuera valorado por el servicio de cardiología pediátrica, la cual no se efectuó en el Hospital General, con lo cual se reitera el incumplimiento de lo dispuesto en el numeral 9.2 de la NOM-034-SSA-2-2013, ya que ante la falta de recursos para establecer su diagnóstico y tratamiento específico que le asegurara un seguimiento oportuno, eficaz, seguro e integral, AR1 omitió estabilizarlo y trasladarlo al nivel correspondiente para dar continuidad a su diagnóstico y tratamiento, postergando su atención e incrementando su riesgo de morbilidad y mortalidad.

**36.** A las 19:21 horas, AR1 reportó que el servicio de Cardiología informó que no podría valorar a V1 sin placa de tórax y electrocardiograma, a pesar de haberse solicitado el primer estudio de manera urgente desde su ingreso al cunero. Lo anterior confirma que ante la urgencia médica que ponía en riesgo la vida de V1 no se le otorgó valoración médica especializada por el servicio de cardiología pediátrica, lo que implicó el incumplimiento del Reglamento de Salud en su artículo 19, al no establecer

---

<sup>14</sup> Padecimiento relacionado con la estructura y funcionamiento del corazón que se presenta desde el nacimiento.

y vigilar el desarrollo de los procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios a V1.

**37.** Por lo que corresponde a la gravedad de V1, los estudios de laboratorio que le fueron practicados evidenciaron niveles altos de bilirrubina total y creatinfosfoquinasa. De acuerdo con la opinión médica, esta última enzima se encuentra en altas concentraciones en el tejido muscular esquelético y cardíaco, por lo que este resultado reforzaba el diagnóstico de una posible cardiopatía.

**38.** A las 22:21 horas del mismo 25 de abril de 2019, AR2, del servicio de Pediatría reportó que V1 había persistido con saturaciones de oxígeno por debajo de 94%, llegando hasta 84%, a pesar de que se le había administrado oxígeno suplementario, teniendo coloración cianótica (color azulado de la piel y/o de las mucosas que generalmente se debe a la falta de oxígeno en la sangre). También, la radiografía de tórax, reportó una aparente dextrocardia<sup>15</sup>.

**39.** AR2 confirmó que se solicitó interconsulta al servicio médico de cardiología en el mismo hospital, sin que asistiera personal de ese servicio porque en el momento de la consulta no se contaba con la radiografía. A su vez reportó que V1 necesitaba estudios complementarios para valorar la estructura cardíaca por la probable cardiopatía congénita cianógena, sin embargo, también asentó que *“esta unidad no cuenta con el equipo necesario”*, por lo que intentaría enviarlo al Tercer Nivel de Atención para continuar su protocolo de estudio.

**40.** Al respecto, la opinión médica puntualizó que la cianosis neonatal es uno de los signos principales para sospechar de cardiopatías, la cual V1 sí padecía, y por lo tanto ameritaba valoración y manejo especializado por Cardiología Pediátrica, al tratarse de un padecimiento que contaba con una probabilidad de mortalidad elevada. En el caso de V1 es importante resaltar que desde sus primeros minutos de vida permaneció inestable con desaturaciones de oxígeno por debajo de los niveles normales, requiriendo atención especializada, que era procedente conforme al numeral 74 del

---

<sup>15</sup> Malposición en la cual el eje mayor del corazón está hacia la derecha y en dirección inferior.





Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que dispone que cuando los recursos del establecimiento médico no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo. Por tanto, con la omisión de estabilizar y trasladar a V1 para su diagnóstico, tratamiento integral y seguimiento se inobservó la NOM-034-SSA-2-2013 en sus apartados 5.5, 8.1.4 y 9.2.

**41.** El 26 de abril de 2019 a las 11:58 horas, AR3, del servicio de Pediatría valoró a V1 y determinó que cursaba con sospecha de hipertensión pulmonar, el cual es un síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, con síntomas que ocasionan hipoxemia<sup>16</sup> severa.

**42.** Sobre este padecimiento, la opinión médica de este Organismo Nacional acotó que cuando un niño recién nacido presenta dificultad respiratoria, cianosis persistente y labilidad en la oxigenación, debe efectuarse un diagnóstico diferencial con enfermedad pulmonar parenquimatosa y cardiopatía congénita cianógena a través de la realización de un ecocardiograma para demostrar la hipertensión pulmonar. AR3 solicitó el mencionado estudio, sin embargo, el mismo no se practicó ya que según lo asentado en la nota elaborada por AR3 *“se...comenta que no se realizan a menores en este turno”*. Ante tal negativa, nuevamente V1 permaneció sin atención oportuna habiendo transcurrido para ese momento 20 horas sin valoración por el servicio de cardiología y sin que se le hubiesen practicado los estudios idóneos para su tratamiento oportuno.

**43.** El 26 de abril de 2022 a las 16:30 horas, AR1 solicitó nuevamente valoración por el servicio de cardiología mediante interconsulta debido a que V1 continuaba con cianosis y requería oxígeno, y por tanto era necesario realizar un ecocardiograma; posteriormente a las 18:13 horas padeció taquicardia, hiperflujo pulmonar, cianosis generalizada, desaturación de oxígeno al 60%, así como un hematoma a nivel lateral externo en la mano izquierda, y con estos síntomas se determinó que tenía posibles

<sup>16</sup> Disminución en el nivel de oxígeno.



malformaciones congénitas del corazón, cianosis, sospecha de cardiopatía congénita cianógena contra hipertensión pulmonar.

**44.** AR1 asentó en la nota elaborada que solicitó valoración por el servicio de cardiología verbalmente, comentando que no valoran pacientes pediátricos, por lo que se solicitó su traslado al Hospital de Pediatría, sin embargo, en el mismo no había lugar físico para su aceptación, situación que comentó con la Subdirección Médica del Hospital General.

**45.** En ese sentido, este Organismo Nacional observa que el personal médico directivo del Hospital General tenía conocimiento del requerimiento de atención especializada de V1 y no obstante ello omitió canalizar adecuada y oportunamente la solicitud de interconsulta, incumpliendo con ello el artículo 19 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención médica respecto a la obligación de establecer y vigilar el desarrollo de procedimiento para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento médico ofrezca.

**46.** Es así que al no realizar las gestiones necesarias para transferir a V1 a otra institución del sector, el personal directivo también incumplió lo dispuesto en el numeral 74 del Reglamento Interno de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como el apartado 5.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA-2-13 Para la prevención y control de los defectos al nacimiento al no haberse asegurado de que V1 recibiera una atención médica inmediata y prioritaria en cualquier establecimiento de atención médica de los sectores público, privado o social con calidad y humanitarismo.

**47.** Asimismo, es pertinente destacar que si bien AR1 asentó en la nota médica que se solicitó la atención del Hospital de Pediatría, no obra en el expediente clínico la nota de referencia-contrarreferencia de esa fecha prevista en la NOM-004-SSA3-2012 como un documento médico administrativo entre establecimientos médicos de los 3 niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes.



**48.** El 26 de abril de 2019 V1 continuó con cianosis, hiperflujo pulmonar, aún con la sospecha de cardiopatía congénita. El 27 de abril de 2019, V1 continuó con cianosis y polipnea, con oxígeno artificial en puntas nasales; a las 22:02 horas fue valorado por AR4 del servicio de Pediatría quien reportó que V1 persistía con síntomas de dificultad respiratoria, y que se intentó nuevamente el envío a tercer nivel de atención para valoración por cardiología pediátrica, documentándose lo siguiente: *“... se ha intentado enviar al tercer nivel de atención para valoración por cardiología pediátrica aún sin espacio físico para recibirlo, el día de hoy se reguló nuevamente comentando que es el número 9 en lista de espera para ser aceptado, actualmente paciente persiste con polipnea , dependiente de oxígeno por puntas nasales...”*.

**49.** Al respecto, si bien AR4 mencionó el intento de envío al tercer nivel de atención, no obra en el expediente la nota médica de referencia-contrarreferencia que se hubiese elaborado conforme a lo señalado por la NOM-004-SSA3-2012, para solicitar el envío de V1 para su atención especializada.

**50.** Hasta ese momento, el personal médico, directivo y administrativo encargado de la atención de V1 incumplió también el apartado 5.4 de la NOM-034-SSA-2-2013 que prevé que la atención médica inmediata a las y los recién nacidos con defectos al nacimiento debe ser prioritaria y proporcionada en cualquier establecimiento de atención médica, con lo cual se evidencia que no se agotaron todos los medios al alcance para que V1 accediera a una atención especializada, adecuada y oportuna, considerando que el Hospital de Pediatría no tenía espacio físico disponible y contaba con lista de espera.

**51.** El 28 de abril de 2019, V1 continuó con datos de dificultad respiratoria sin cambios, en espera de ser recibido en la Unidad Médica de Alta Especialidad para su valoración por cardiología. El 29 de abril de 2019, V1 fue valorado por AR5 del servicio de Pediatría y continuó con síntomas de dificultad respiratoria, cianosis en las extremidades y sospecha de hipertensión pulmonar, y describió en su nota de atención: *“...sin embargo se requiere valoración por Cardiología Pediátrica. Se realiza*



*4-30-8<sup>17</sup> para solicitar interconsulta a Cardiología Pediátrica en CMO no fue aceptado por no contar con espacio disponible. Se seguirá insistiendo para su valoración en tercer nivel...”*

**52.** Sobre ello, este Organismo Nacional observa que si bien AR5 asentó haber elaborado el formato 4-30-8 para solicitar la valoración por cardiología pediátrica, no obra el mismo en las constancias del expediente clínico donde se haga constar que en la mencionada fecha se solicitó el envío al Hospital de Pediatría, y tampoco obra constancia de que el personal médico y administrativo haya realizado otras gestiones ante la falta de espacio disponible en ese Hospital, a fin de proporcionarle la atención inmediata, prioritaria y en cualquier establecimiento médico, como lo dispone la NOM-034-SSA-2-2013, ya que al no realizarle una intervención especializada y oportuna, el daño pulmonar y cardiaco de V1 continuó evolucionando, incrementando su riesgo de morbilidad y mortalidad.

**53.** Es así, que en la misma fecha AR1 detectó que V1 padecía ruidos cardiacos hiperdinámicos, aumentados en intensidad y frecuencia, es decir entre 159 y 170 latidos por minuto, y la presencia de un soplo en el corazón, el cual conforme a la opinión médica, en los primeros 6 meses de vida del menor tiene una probabilidad de 1 en 7 de que se deba a un defecto estructural del corazón. AR1 nuevamente asentó haber solicitado el ingreso de V1 al Hospital de Pediatría mas no obra evidencia de que ante la negativa de ese nosocomio se hubieran realizado mayores gestiones médicas y administrativas para ser atendidas en otro centro hospitalario. V1 continuó con esos síntomas durante el mencionado día.

**54.** El 30 de abril de 2019 a las 11:50 horas AR5 detectó que además de las alteraciones cardiacas y respiratorias, V1 inició con evacuaciones líquidas amarillentas, una evacuación ácida con abundante gas y coloración amarilla en la piel (ictericia), compatibles con altos niveles de bilirrubina, por lo que AR5 asentó que el recién nacido debía ser trasladado al Hospital de Pediatría, y asentó que las

---

<sup>17</sup> Formato de referencia-contrareferencia utilizado para enviar al paciente a un nivel superior de atención.



evacuaciones eran sugestivas de intolerancia a la lactosa por lo que VQ debería suspender los lácteos.

**55.** A las 17:20 horas de la misma fecha, AR6 del servicio de Pediatría encontró a V1 sin datos de procesos infecciosos; sobre los síntomas de ictericia le indicó fototerapia y reiteró enviarlo al tercer nivel de atención para completar su diagnóstico y tratamiento. No obstante, no existe evidencia de que haya documentado la referencia-contrarreferencia a un nivel superior de atención y ante la negativa, que se hubiesen efectuado otras gestiones para que el paciente recibiera una atención inmediata, prioritaria, oportuna y eficaz.

**56.** Durante los días 1 y 2 de mayo de 2019 V1 continuó clínicamente sin cambios y a las 12:09 horas del 2 de mayo en la valoración de SP1, nuevamente presentó taquicardia, tensión arterial sistólica elevada, con riesgo de insuficiencia cardíaca, choque cardiogénico, infecciones intrahospitalarias y muerte por su inadecuada evolución, por lo que solicitó nuevamente el apoyo de cardiopediatría y realizó correctamente mediante formato la referencia-contrarreferencia.

**57.** En la misma fecha, AR7 del servicio de Pediatría solicitó que se practicara a V1 un ecocardiograma, ya que sospechaba de una posible cardiopatía y a las 18:57 horas de ese día lo reportó con baja saturación de oxígeno, baja respuesta, aumento en el número de respiraciones por minuto, taquicardia y soplo cardíaco, solicitando interconsulta al servicio de cardiología en el cual fue aceptado.

**58.** Ese día, SP2 realizó una ecocardiografía transtorácica a V1, de la cual obtuvo datos de defectos congénitos del tabique interventricular y falla cardíaca, refiriendo que ameritaba envío y valoración por el servicio de cardiopediatría. En referencia a lo anterior cabe destacar que el estudio especializado requerido por V1 le fue practicado 7 días después de que se detectó que cursaba con una probable cardiopatía congénita.

**59.** No obstante lo anterior, el estudio no fue practicado por el servicio de Cardiología Pediátrica, además el diagnóstico preliminar no fue certero ya que además de la irregularidad en el tabique interventricular, posteriormente se confirmó que tenía una transposición de grandes arterias que en ese momento no se estableció y clínicamente cursaba con una falla cardiaca, teniendo en ese momento un índice de morbilidad y mortalidad mayor al de su nacimiento. Todo ello debido a que el personal médico encargado de su atención hasta ese momento no agotó los recursos para otorgarle la atención especializada, oportuna, integral y multidisciplinaria que requería.

**60.** El 3 de mayo a las 11:12 horas, SP1 valoró a V1 en su octavo día de vida con el diagnóstico de cardiopatía congénita cianótica, comunicación interventricular subaórtica, comunicación interventricular tipo ostium secundum, insuficiencia cardiaca en etapa inicial, ictericia, taquicardia, dificultad respiratoria, hígado crecido, y asentó que había sido aceptado en el Hospital de Pediatría para continuar su diagnóstico y tratamiento.

**61.** En suma, este Organismo Nacional concluyó que durante la estancia de V1 en el Hospital General, el personal médico y administrativo a cargo de su atención no se aseguró de que recibiera una atención médica especializada inmediata y prioritaria por el servicio de cardiología pediátrica, en establecimiento público, privado o social, con calidad y humanitarismo, conforme a lo dispuesto en la NOM-034-SSA-2-2013, en su numeral 5.4 situación que incrementó su riesgo de morbilidad y mortalidad, permitiendo que su padecimiento evolucionara y exponiéndolo a riesgo de daño orgánico múltiple, infecciones nosocomiales sin que fuera estabilizado y trasladado con oportunidad al siguiente nivel de atención que asegurara su adecuada atención.

### **A.3 INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA OTORGADA A V1 EN EL HOSPITAL DE PEDIATRÍA.**

**62.** El 3 de mayo de 2019, a las 16:35 horas, V1 fue valorado en el Hospital de Pediatría por AR8 del servicio de Urgencias de Pediatría, quien verificó los antecedentes del recién nacido y con base en ello indicó continuar con el tratamiento farmacológico mediante diuréticos, digoxina y solicitó se le tomara radiografía de tórax, electrocardiograma y valoración por cardiología.

**63.** El 4 de mayo de 2019 a las 13:22 AR9 del servicio de Urgencias de Pediatría mencionó que V1 se encontraba estable con tensión arterial en parámetros normales con oxígeno artificial, y solicitó se le realizara ecocardiograma, e interconsulta con el servicio de cardiología para tratar su cardiopatía congénita y finalmente complementar con un ultrasonido transfontanelar a fin de descartar complicaciones neurológicas.

**64.** En la misma fecha a las 16:00 horas, con el resultado del ecocardiograma practicado a V1, AR10 del servicio de Cardiología confirmó que su padecimiento se debía a un defecto cardiaco de nacimiento, caracterizado por la Transposición Compleja de las Grandes Arterias que resulta muy grave y mortal en caso de no ser tratado con oportunidad.

**65.** En ese sentido AR10 destacó que había sido un caso complejo bien tolerado por V1, y determinó continuar con el tratamiento a base de diuréticos, y en caso de deterioro y prostaglandinas, ya que presentaría el caso en una sesión quirúrgica para determinar el procedimiento que podría beneficiarle.

**66.** Si bien, a 1 día del ingreso de V1 al Hospital de Pediatría se tenía un diagnóstico específico, los médicos AR8, AR9 y AR10 debieron considerar que la evolución del cuadro de V1 había comenzado 9 días antes, con síntomas que incrementaron su riesgo de alteración a nivel neurológico y renal y por tanto, de acuerdo con lo analizado en la opinión médica de este Organismo Nacional *“...la operación debe realizarse lo más pronto posible en el periodo neonatal”*, por lo que hasta ese momento la atención no era oportuna para atender de manera pronta a V1, ya que no se programó la cirugía que V1 requería de manera inmediata ante su diagnóstico.

**67.** El 6 de mayo de 2019 en sesión quirúrgica, se determinó el diagnóstico de V1 y la necesidad de realizarle un ecocardiograma transtorácico, con el fin de confirmar el patrón coronario y en caso de no ser concluyente se realizaría un cateterismo.

**68.** El 7 de mayo de 2019 se realizó a V1 un cateterismo diagnóstico, y una vez concluido se determinó que contaba con los diagnósticos de cardiopatía congénita compleja de flujo pulmonar aumentado de tipo Trasposición de Grandes Arterias. Hasta ese momento la atención no había sido oportuna considerando que V1 presentó cianosis y periodos de desaturación de oxígeno que hacían necesario el manejo quirúrgico que había sido postergado por 8 días.

**69.** No obstante lo anterior, el 8 de mayo de 2019 a las 5:59 horas, V1 tenía coloración marmórea en la piel (rojo-violácea), por la interrupción del flujo sanguíneo de las arteriolas dérmicas, dificultad respiratoria, y se determinó el cambio en el tipo de ventilación al recién nacido, mediante oxígeno administrado a través de un tubo endotraqueal y ventilación mecánica y sedación, solicitándose además gasometría arterial, radiografía de tórax y un lugar en terapia neonatal.

**70.** En la misma fecha, a las 11:57 horas, el estado de V1 se agravó y padeció un deterioro hemodinámico, por lo que AR11 del servicio de Pediatría, determinó solicitar un hemocultivo y cultivo de secreciones, estableciendo que se encontraba pendiente determinar el plan definitivo para manejar su patología cardíaca (Trasposición de Grandes Arterias). La opinión médica de este Organismo Nacional mencionó que el tratamiento quirúrgico de este padecimiento congénito tiene gran impacto en los pacientes, ya que de una mortalidad superior al 90%, con la práctica quirúrgica el índice de supervivencia es del 90%.

**71.** El 9 de mayo de 2019, V1 presentó signos de choque séptico sin germen aislado, con deterioro hemodinámico, baja presión arterial respecto a la cual se le aplicó dopamina y dados los datos de infección se le inició esquema de antibióticos.

**72.** Al 10 de mayo, V1 fue valorado por AR12, adscrita al servicio de Pediatría, quien determinó los diagnósticos de choque séptico sin germen aislado, sepsis con foco neumónico, estableciendo que se encontraba en espera de espacio físico en la Unidad





de Terapia Intensiva neonatal para su manejo quirúrgico, con mal pronóstico para la función y la vida, con riesgos de hipoxia crónica, disfunción orgánica múltiple, y muerte súbita por cardiopatía.

**73.** AR12 describió en la nota elaborada que V1 se encontraba *“en espera de espacio físico en la UTIN para manejo quirúrgico...”*. Con lo anterior, es posible confirmar que en el momento que el menor lo requería, el Hospital de Pediatría no contaba con los recursos suficientes que permitieran la resolución definitiva del problema del paciente.

**74.** Sobre lo anterior, la opinión médica de este Organismo Nacional documentó que el padecimiento congénito de V1, referente a la Transposición de Grandes Arterias puede ser reparado de manera definitiva mediante una cirugía de intercambio arterial (Jatene), que generalmente se practica en la primera semana de vida de los pacientes. No obstante, hasta ese momento no se había practicado la cirugía al menor y por el contrario había sido tratado mediante un procedimiento paliativo denominado atrioseptostomía para mejorar su saturación de oxígeno, lo cual le brindaría mejoría mas no una curación permanente, siendo necesario el procedimiento quirúrgico para reparar de manera definitiva su defecto cardiaco, mismo que no se realizó e incrementó el riesgo de morbilidad y mortalidad por requerir mayor estancia hospitalaria bajo el riesgo de adquirir infecciones nosocomiales, los cuales efectivamente adquirió.

**75.** Retomando que el Hospital de Pediatría no contaba con espacio para mantener al paciente estable en la unidad de Terapia Intensiva Neonatal con posterioridad a la reparación quirúrgica, V1 había permanecido en una larga estancia nosocomial sin un tratamiento; además, contrajo neumonía intrahospitalaria como complicación inherente a su permanencia en el hospital, con lo cual se configura la inobservancia del artículo 74 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. En ese sentido, durante los días siguientes V1 se mantuvo inestable y cursando un proceso séptico en estado de choque sin tratamiento oportuno.





**76.** Fue hasta el 13 de mayo de 2019, 10 días después de su ingreso al Servicio de Urgencias del Hospital de Pediatría, que V1 fue recibido en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, donde por sus antecedentes, diagnóstico y manejo se confirmó que su estado era grave, con alto riesgo de complicaciones, por lo que continuó con tratamiento a base de aminas y ventilación mecánica.

**77.** En consecuencia, es posible concluir que el estado de salud de V1 evolucionó de manera desfavorable hasta su deterioro ya que su patología cardíaca no fue diagnosticada y tratada de manera oportuna en reiteradas ocasiones, lo que prologó su hospitalización con apoyo de oxígeno e incrementó el riesgo de adquirir infecciones nosocomiales a nivel pulmonar, mismas que sí contrajo y pusieron en peligro su vida y debido a ello no fue posible realizar la intervención de intercambio arterial, por lo que se encontró en un estado de gravedad irreversible a pesar de su manejo médico intensivo y cuidados en la UCIN.

**78.** El 14 de mayo de 2019 se reportó que se tomó cultivo de aspiración bronquial el 11 de mayo y se detectó la bacteria *Klebsiella Pneumoniae* Blee pero no había criterios suficientes para el diagnóstico de neumonía asociada a ventilación mecánica por lo que prescribió ureidopenicilina, toma de cultivos central y periférico, cultivo de orina, biometría hemática y PCR a las 72 horas del cambio antibiótico para vigilar su evolución.

**79.** V1 continuó muy grave, con valoración por el servicio de infectología y se indicaron como antibióticos meropenem y vancomicina; en la valoración de la 1:30 se detectó que presentaba cambios vasculares en la mano derecha; el 15 de mayo estos se extendieron a la lengua el cuello y hombro por émbolos sépticos, confirmándose con estudios de laboratorio el proceso de sepsis que padecía.

**80.** La opinión médica de este Organismo Nacional confirmó conforme a lo establecido en la Guía de Práctica, Diagnóstico y tratamiento de Sepsis y choque séptico en pacientes de 1 mes a 18 años de edad en los tres niveles de atención, que V1 presentaba múltiples factores de riesgo de sepsis, tales como ser menor de 1 año, encontrarse hospitalizado desde su nacimiento, la práctica de una atrioseptostomía el 7 de mayo de 2019 y contar con un catéter para aplicarle soluciones de larga

permanencia, además del requerimiento de oxígeno por su padecimiento cardiaco, incrementaron su índice de mortalidad, aunado a la falta de respuesta a los tratamientos que le fueron aplicados.

**81.** Debido a su gravedad, y a las complicaciones que presentó desde su nacimiento, ameritaba un manejo integral y multidisciplinario desde su ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva mismo que se postergó por falta de espacio físico, el cual se relaciona con su mala evolución y por ello la atención recibida para tratar su defecto cardiaco no fue eficaz, segura, oportuna, integral y por personal médico especializado, conforme a la NOM-034-SSA2-2013.

**82.** Es así que al ingresar a la referida Unidad tampoco se le otorgó seguimiento oportuno, ya que sus complicaciones eran previsibles y no fueron consideradas por el personal tratante, favoreciendo su deterioro irreversible y el riesgo de mortalidad.

**83.** Esto es así ya que los cambios vasculares de V1 continuaron evolucionando durante el 17 de mayo y el 18 de mayo se encontraron zonas de necrosis (muerte de tejido) en las 5 falanges distales de la mano derecha y cambios de coloración a violáceos en el antebrazo, con tratamiento mediante enoxaparina; aunado a ello, la prolongada nutrición parenteral le causó una afectación hepática y aumentaron sus niveles de bilirrubina, albumina, enzimas hepáticas considerándose que en ese momento tenía ya una afectación multiorgánica con choque. Por tanto, la infección que cursó V1 no se previno oportunamente y evolucionó a choque séptico, la cual a pesar del tratamiento aplicado, afectó las falanges de la mano derecha de V1, por lo que el 21 de junio de 2019 fue necesario amputar las falanges distales de los dedos de la extremidad del primero al cuarto.

**84.** V1 permaneció bajo atención médica, se realizaron diversos cultivos para determinar las bacterias causantes de su padecimiento sin que este remitiera, y se le aplicaron diversos antibióticos, siendo el caso que el 2 de agosto de 2019, ingresó de manera urgente a la sala de anestesiología, agregándose el diagnóstico de enfermedad pulmonar crónica con atelectasia total izquierda que es un colapso masivo del pulmón, además de un trombo en la vena cava inferior, con programación



para la cirugía de Jatene, como tratamiento definitivo para tratar su Transposición de Grandes Arterias.

**85.** V1 ingresó para la cirugía con cianosis y se le ingresó directamente al quirófano, a las 9:00 horas, se le aplicó reanimación y adrenalina, sin embargo padeció un segundo paro cardiorespiratorio y se determinó diferir la cirugía por la inestabilidad del menor; a las 9:25, 10:01 y 10:13 horas nuevamente cayó en paros cardiorespiratorios, con los respectivos tratamientos de reanimación, y se determina su regreso a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

**86.** En la opinión médica de este Organismo Nacional se consideró que el paro cardíaco era esperado, debido al defecto cardíaco que padecía V1, y el prolongado tiempo de hospitalización le causó una infección pulmonar grave que evolucionó en choque séptico poniendo en peligro su vida y causándole un daño pulmonar crónico, por lo que tales complicaciones condicionaron que el estado clínico de V1 no fuera el óptimo para realizar el procedimiento de intercambio arterial que ameritó desde sus primeras horas de vida y al postergarse el mismo aumentó su morbilidad y mortalidad.

**87.** Lo anterior permite considerar que, debido a la falta de un tratamiento adecuado y oportuno de su enfermedad de nacimiento, V1 contrajo múltiples infecciones intrahospitalarias que favorecieron su deterioro, siendo el caso que el 9 de agosto de 2019 a las 15:22 horas perdió la vida, teniéndose como causas del fallecimiento: *1. Otras formas de choque, 2. Bacteriemia relacionada a catéter central por pseudomonas aeruginosa y e Colii Blee, 3. Enfermedad pulmonar crónica, 4. Trombo en vena cava inferior de 12x4 mm, 5. Cardiopatía congénita compleja de flujo pulmonar aumentado de tipo transposición clásica de las grandes arterias// CIV perimembranosa amplia, 6. Supresión a opioides, 7 Microembolismos en mano derecha /necrosis de falanges distales de mano derecha// resección de falanges distales mano derecha + remodelación de muñones, 8. Alto riesgo neurológico, 9. Colestasis multifactorial y 10. Lactante menor desnutrido.*

**88.** Como se ha destacado, a su ingreso a la UCIN el 13 de mayo de 2019, V1 tenía signos de infección grave que evolucionaron a choque séptico, que fueron tratados, aunado a que el proceso séptico generalizado evolucionó en la mano derecha del

menor y requirió amputación parcial de sus dedos, y a nivel pulmonar provocó un daño irreversible, por lo que si bien la atención en esa Unidad fue adecuada, no fue oportuna, lo que es atribuible al personal que trató a V1 en el Área de Urgencias de ese Hospital de Pediatría, con lo cual se inobservó lo previsto en los numerales 9.1 y 9.2 de la NOM-034-SSA2-2013.

**89.** Finalmente, es de destacarse la falta de infraestructura y equipamiento en el Hospital General y en el Hospital de Pediatría, en los momentos que así fue requerido por V1, lo que permite confirmar que no se aseguró la atención oportuna y eficiente prestación de servicios a los pacientes entre los cuales se encontraba V1.

**90.** De las irregularidades descritas y analizadas por esta Comisión Nacional, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 transgredieron lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 25, 27 fracción III y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1 tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, con motivo de la inadecuada atención de V1 en su etapa neonatal, al existir un inadecuado e inoportuno diagnóstico, riesgo de mortalidad y morbilidad mayor que generó una cascada de eventos ya analizados que culminaron con las complicaciones ya descritas en el presente pronunciamiento, provocando su deceso. Lo anterior permite concluir que se impidió garantizar con efectividad a V1 su derecho a la protección de la salud y de manera indirecta tanto VQ como V2, en su calidad de padres de V1 vieron vulnerados sus derechos.



## B. VIOLACIÓN AL DERECHO A LA VIDA DE V1

**91.** El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo, el cual es tutelado en nuestra normativa nacional.

**92.** De igual modo, se encuentra contemplada su protección en diversos instrumentos internacionales, como son: los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y, 4 y 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño.

**93.** De tales preceptos se desprende el deber del Estado para respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, y el deber de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.

**94.** El Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, en la Observación General No. 7 Realización de los derechos del niño en la primera infancia, en su párrafo 10, señala: El artículo 6 [de la Convención de los derechos del Niño] se refiere al derecho intrínseco de la niñez a la vida y a la obligación de los Estados Parte de garantizar, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño.

**95.** Se insta a los Estados Parte a adoptar todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y bebés, reducir la mortalidad de lactantes y la mortalidad infantil, y crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de sus vidas.

**96.** El párrafo 2, inciso a) de dicha Observación General, dispone el compromiso de reducir la mortalidad infantil, siendo una obligación del Estado realizar las acciones tendentes a que los recién nacidos sobrevivan y se eviten prácticas por las que su vida se vea comprometida.



**97.** En el presente caso, resulta particularmente grave —como se ha mencionado a lo largo del presente pronunciamiento—, que la atención médica otorgada a V1 en el Hospital General durante sus primeras horas de vida no fuera adecuada, ya que no se le estabilizó ni refirió con oportunidad al establecimiento médico que correspondiera para su diagnóstico, tratamiento integral y seguimiento...”.

**98.** Lo anterior implicó un retraso en su tratamiento y permitió que el padecimiento cardíaco congénito que presentaba, el pudo ser atendido y reparado oportunamente, evolucionara en razón de que el Hospital General tampoco contaba con recursos para la resolución definitiva del problema, lo que incrementó su morbilidad y mortalidad, por falta de un tratamiento adecuado, oportuno, integral, especializado y multidisciplinario, siendo el caso que debido al retraso en la atención de V1 y a la falta de oportunidad en los procedimientos implementados, se permitió el deterioro en el estado de salud de la agraviada, el cual evolucionó hasta su deceso el 9 de agosto de 2019.

**99.** En ese sentido, las mismas evidencias que permitieron acreditar la vulneración al derecho a la salud de V1, sustentan a su vez la vulneración del derecho a la vida, considerando que la inadecuada atención médica, falta de diagnóstico oportuno y referencia para atención médica especializada e intervención quirúrgica, dilataron la atención del recién nacido y favorecieron una estancia hospitalaria prolongada que derivó en una infección hospitalaria que impidió la resolución de su padecimiento de origen, lo que derivó en su muerte.

**100.** Es importante resaltar que, en el caso de los recién nacidos, la muerte es prevenible y evitable al recibir una atención oportuna, la cual no se brindó en el presente caso, iniciando con una inadecuada atención prenatal y perinatal, así como durante el parto y sus primeros días de vida, lo que tuvo un impacto directo en su salud y posterior fallecimiento, vulnerando su derecho humano a la vida.

**101.** Con lo anterior es posible concluir que durante la atención médica de V1, no se observaron a cabalidad las medidas necesarias para atender su padecimiento congénito y complicaciones que derivaron en su muerte, por lo que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 incumplieron con lo previsto en el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del

Seguro Social, con lo que se transgredió lo señalado en los artículos 1º, párrafo primero y 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que establecen el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida.

### **C. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y SU RELACION CON EL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.**

**102.** El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, en la Observación General No. 14, ha sostenido 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”*.<sup>18</sup>

**103.** Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29, Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud, destacó que *“la debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión concerniente acerca de su salud y conocer la verdad.”*<sup>19</sup>

**104.** Así mismo, 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”*<sup>20</sup>.

**105.** Por otra parte, se debe considerar que la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, advierte que: *“[...] el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto*

<sup>18</sup> <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

<sup>19</sup> CNDH. Recomendación General 29/2017. p. 35

<sup>20</sup> *Ibidem*, p. 27





*único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo”.*

**106.** Por lo que respecta al presente caso, luego del análisis realizado a los expedientes clínicos relacionados con las diversas etapas de la atención médica de V1 se observó lo siguiente:

**107.** En la nota médica del 25 de abril de 2019, a las 16:20 horas, elaborada en el Hospital General, se omitió el nombre completo, cargo, cédula profesional del personal tratante, incumpliendo con ello el numeral 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, que establece tales requisitos para la elaboración de notas médicas.

**108.** Por lo que corresponde a las referencias a Tercer Nivel de Atención, de fechas 26, 27, de abril de 2019, en el Hospital General, no existen notas médicas de referencia-contrarreferencia elaboradas conforme a la NOM-004-SSA3-2012; es decir no se documentaron tales solicitudes, con lo cual no es posible confirmar que las mismas se hayan realizado en tiempo y forma, situación que retrasó la atención médica de V1 y que era fundamental para su atención oportuna y eficaz, como se ha analizado previamente.

**109.** Por lo que corresponde a la atención de V1 en el Hospital de Pediatría, en la nota de sesión médica quirúrgica de 6 de abril de 2019, se omitió incluir el nombre de los médicos que la suscribieron, y los números de cédulas profesionales del personal tratante se encontraban ilegibles, situación que impide conocer la identidad de las personas a cargo de la atención del paciente en un momento determinado.

**110.** Tales omisiones adquieren relevancia al considerar la importancia del conocimiento completo e integral de la atención de los pacientes, en este caso V1, ya que al no incluirse uno o varios datos relacionados con el estado de salud y



seguimiento médico durante los sucesos que motivaron las violaciones a derechos humanos analizadas en el presente pronunciamiento, se vulnera tanto el derecho de acceso a la información, en conexidad con el derecho a la protección de la salud de las víctimas, impidiendo el conocimiento y análisis adecuado sobre la atención brindada por las instituciones de salud.

**111.** La idónea integración del expediente clínico de V1 es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana se cumpla en sus términos.<sup>21</sup>

#### **D. INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ**

**112.** Para esta Comisión Nacional preservar el interés superior de la niñez es una tarea primordial. Dicho principio se encuentra reconocido en el artículo 4, párrafos cuarto y noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que prevén que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con este principio, a fin de garantizar que las niñas, niños y adolescentes disfruten a plenitud sus derechos humanos; asimismo, se encuentra reconocido en la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que dispone en su artículo 18, que “[e]n todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez”.

**113.** 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, por lo que es preciso ponderar no sólo las medidas particulares, sino también las características propias de la situación en la que se hallen la niña, niño o adolescente; en ese sentido, en su artículo 3, párrafo primero, establece: “[e]n todas

<sup>21</sup> CNDH, Recomendaciones 52/2020, párr. 80, 23/2020, párr. 100; 16/2020, párr. 73; 26/2019, párr. 72; 21/2019, párr. 73, y 12/2016, párr. 74, entre otras.



las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”.

**114.** Por otra parte, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su artículo 24.1, establece que “[t]odo niño tiene derecho, [...], a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”.

**115.** La SCJN ha considerado que, en relación con el interés superior del menor cuando se tome una decisión que les afecte en lo individual o colectivo, “[...] se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior [...], el interés superior del menor es un concepto triple, al ser: (I) un derecho sustantivo; (II) un principio jurídico interpretativo fundamental; y (III) una norma de procedimiento. [Dicho derecho] prescribe que se observe ‘en todas las decisiones y medidas relacionadas con el niño’, lo que significa que, en ‘cualquier medida que tenga que ver con uno o varios niños, su interés superior deberá ser una consideración primordial a que se atenderá’, lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también [...] los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas. [...] las decisiones particulares adoptadas por las autoridades administrativas -en esferas relativas a la [...] salud [...] deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él [...] y como algo primordial requiere tomar conciencia de la importancia de sus intereses en todas las medidas y tener la voluntad de dar prioridad a esos intereses [...]”<sup>22</sup>.

**116.** La Observación General 14 Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial, del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su artículo 3, párrafo 1, señala que: “[l]a plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los

<sup>22</sup> Tesis constitucional “Derechos de las niñas, niños y adolescentes. el interés superior del menor se erige como la consideración primordial que debe de atenderse en cualquier decisión que les afecte”. Semanario Judicial de la Federación, 6 de enero de 2017, registro: 2013385.



derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral [...] del niño y promover su dignidad humana [...]”<sup>23</sup>.

**117.** La Observación General 15 del Consejo Económico Social de las Naciones Unidas, Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), establece, en su párrafo 12, que “[e]l artículo 3, párrafo 1, de la Convención obliga a las instituciones de previsión social, tanto públicas como privadas, [...] a velar por que se determine el interés superior del niño, que constituye una consideración de primer orden en todas las acciones que afectan a la infancia. Este principio debe respetarse en toda decisión en materia de salud relativa a niños individuales o un grupo de niños [...]”.

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

**119.** Por parte de la CrIDH se advierte la protección especial que deben tener los niños, al resolver que: “[...] los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos [...], su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona [...]”<sup>24</sup>.

**120.** En ese tenor, el interés superior de la niñez debe ser materializado en todos los ámbitos en que se desarrollen y convivan las niñas, niños y adolescentes, lo que se traduce en la obligación que tienen los padres, tutores, autoridades y servidores públicos que directa o indirectamente intervengan en su desarrollo para satisfacer de manera integral sus derechos, por lo que cualquier decisión de la autoridad debe de estar dirigida a lograr su bienestar en todos los aspectos de su vida.

<sup>23</sup> Introducción, inciso A, párrafo 5.

<sup>24</sup> Caso González y otras “Campo Algodonero” Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párrafo 408.



## D.1 VIOLACIÓN AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN AGRAVIO DE V1

**121.** Este Organismo Nacional considera que, con motivo del ejercicio profesional de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 se transgredió en agravio de V1 el interés superior de la niñez, debido a que los actos y omisiones realizados por dichas personas servidoras públicas ocasionaron una afectación a su derecho a la protección de la salud, ya que la inadecuada atención que recibió V1, incidió directamente en las complicaciones de salud que durante su estancia hospitalaria fue presentando, cuyos efectos culminaron con la pérdida de la vida del recién nacido.

**122.** La inadecuada atención y retraso en el diagnóstico de sus alteraciones respiratorias y padecimiento cardiaco, desde su nacimiento, la falta de referencia oportuna a un mayor nivel de atención, la falta de recursos necesarios para tratar su padecimiento congénito y la falta de oportunidad en los tratamientos y procedimientos quirúrgicos que V1 ameritaba, constituyen factores que en conjunto crearon las condiciones para el deterioro de la salud y fallecimiento de V1, con lo cual se vulneró el interés superior de la niñez.

**123.** En consecuencia, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 vulneraron el interés superior de la niñez, por no haber considerado las condiciones mínimas que garantizaran a V1 los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad durante su nacimiento que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud implicaría “[...] *una atención sanitaria de alta calidad que identifique las necesidades de salud de las personas de una forma total y precisa con recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite*”<sup>25</sup> con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención

<sup>25</sup> Secretaría de Salud. “Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”, 2013, p. 61.



médica, con la cual se evita, previene y mejoran los resultados adversos derivados de procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció.

**124.** En razón de lo anteriormente señalado, esta Comisión Nacional determina que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, transgredieron el derecho de V1 a la protección de la salud y en consecuencia su derecho a la vida con especial relevancia en la vulneración del interés superior de la niñez, previsto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafos cuarto y noveno constitucionales; 1, fracciones I y II, 2, párrafo segundo, 4, fracción XX, 6, fracciones I, II, VI, XII, 13, fracciones I y IX y 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; 1, 3.3 y 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 4.1 y 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 12.1 y 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; 3 y 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, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren relacionados niños se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

## **E. RESPONSABILIDAD**

**125.** Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 adscritos al Hospital General, y AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 del Hospital de Pediatría, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo con las acciones y omisiones descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación al derecho a la protección a la salud por inadecuada atención médica, al interés superior de la niñez y a la vida en agravio de V1, quienes con sus actos y omisiones incumplieron garantizar el grado máximo de salud posible.

**126.** Así mismo AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 son responsables por contravenir los artículos 1º párrafos primero, segundo y tercero y 4º, párrafo cuarto, de la CPEUM; 1º, 2º fracciones I, II y V, 23, 27, fracción



III, 32, 51 párrafo primero, y 61 fracción II, de la Ley General de Salud; 8 fracciones I y II, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

**127.** Consecuentemente, este Organismo Constitucional autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 inobservaron los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público, previstos en el artículo 7 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

**128.** Por lo expuesto, este Organismo Nacional con fundamento en los artículos 1° párrafo tercero y 102, apartado B constitucionales, y 6° fracción III; 72 párrafo segundo, y 73 párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que con motivo de las observaciones realizadas en la presente Recomendación con base en la Opinión Médica de personal de esta Comisión Nacional se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra del personal médico involucrado en los hechos.

#### **a) Responsabilidad institucional**

**129.** Además de las responsabilidades enunciadas de manera individual por parte del personal involucrado en los hechos que se analizaron previamente en la presente Recomendación, esta Comisión Nacional considera necesario enfatizar en la falta de infraestructura, recursos e insumos médicos en diversos momentos de la atención de las víctimas.

**130.** En principio, la falta de un área y personal especializado y capacitado en cardiología pediátrica en el Hospital General en razón del diagnóstico de probable cardiopatía congénita, con lo cual no recibió valoración médica especializada por el servicio de cardiología pediátrica de manera oportuna, lo que aumentó su morbilidad y mortalidad, e impidió su atención integral, implicando la inobservancia de lo previsto en los numerales 18, 19 y 26 de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de



Servicios de Atención Médica, sobre la obligación de los establecimientos médicos de contar con los recursos físicos, tecnológicos y humanos necesarios para prestar los servicios de atención médica.

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

**132.** Por ello, con las citadas omisiones, el Hospital General no cumplió con los estándares de calidad que el caso ameritaba, toda vez que el servicio que se les proporcionó fue deficiente, al no implementarse los mecanismos necesarios y suficientes para solventar la falta de recursos que en ese momento impedían la realización de un procedimiento quirúrgico que era necesario concretar dada la situación de vulnerabilidad en la que V1 se encontraba, aunado a que no agotó los recursos para que V1 fuera trasladado oportunamente al siguiente nivel de atención que asegurara la eficaz prestación de los servicios que ameritaba.

**133.** Asimismo, en la valoración del 25 de abril de 2019 a las 22:21 horas, se documentó que a pesar de que V1 requería una radiografía se reportó que esa instancia hospitalaria no contaba con el equipo necesario en ese momento para practicar el estudio. De igual forma la falta de infraestructura para realizar ecocardiograma a menores en turnos nocturnos evidencia una falta de servicios integrales para la atención de la niñez en el Hospital General.

**134.** Ahora bien, por lo que corresponde al Hospital de Pediatría, es de destacarse que una vez determinada la necesidad de que V1 fuera sometido a cirugía el 10 de mayo de 2019 se documentó que no existía espacio en la UCIN para su manejo quirúrgico, lo que incidió en el retraso en la atención del recién nacido e hizo evidente que el nosocomio no contaba en ese momento con los recursos suficientes que permitieran la resolución definitiva del problema de V1, lo cual, como se ha analizado no fue posible ya que la atención brindada no fue oportuna.





**135.** Por tanto, la falta de recursos necesarios implicó responsabilidad institucional para el IMSS, que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, pues no se garantizó una atención médica profesional e integral para V1, acorde con lo previsto en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que en términos generales establece que los pacientes tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes, configurándose de tal manera una responsabilidad institucional de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7, párrafo primero y tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

## **F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO**

**136.** 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, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 26, 27 y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuibles 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 de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

**137.** Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del



*“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la CEAV, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015 y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, en agravio de V1 y V2, así como al interés superior de la niñez y a la vida en agravio de V1, se deberá inscribir a VQ, V1 y a V2 en calidad de víctimas indirectas, en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a efecto de que se les brinde acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

**138.** Siendo aplicable al caso lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*, aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

#### **a) Medidas de rehabilitación**

**139.** Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 26 y 27, fracción II, 62, 63 de la Ley General de Víctimas, y 21 de los Principios y directrices del instrumento antes referido; la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

**140.** De manera inmediata, se deberá brindar atención psicológica y/o psiquiátrica, así como tanatológica que requieran VQ y V2, como madre y padre de V1 respectivamente, con su consentimiento previo e informado, por personal

profesional especializado hasta que alcance su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y necesidades, en un lugar accesible para las víctimas. Lo anterior para dar cumplimiento al segundo punto recomendatorio del presente pronunciamiento.

### **b) Medidas de compensación**

**141.** La compensación, conforme a lo establecido en el numeral 27, fracción III, 64 y 65 de la Ley General de Víctimas consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a VQ y V2 por las acciones y omisiones en las que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 durante la atención médica otorgada a V1 que derivó en la pérdida de la vida de este, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la mencionada Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones. Lo anterior en cumplimiento al primer punto recomendatorio de la Recomendación.

### **c) Medidas de satisfacción**

**142.** En términos del artículo 27, fracción IV y 73 de la Ley General de Víctimas, estas medidas tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de la víctima; la satisfacción debe incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguientes: a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad; c) una declaración oficial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima; d) una disculpa pública y, e) la aplicación de sanciones a los responsables de las violaciones.

**143.** En la presente Recomendación se han acreditado violaciones a los derechos humanos en agravio de V1 y de manera indirecta a VQ y V2, por parte de personas servidoras públicas del IMSS, por lo que el Instituto deberá colaborar ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la denuncia administrativa que se integre por el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3,

AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 por las probables faltas administrativas en que incurrieron. Lo anterior para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero.

#### **d) Medidas de no repetición**

**144.** Conforme a lo previsto en el artículo 27, fracción V y 74, fracciones VIII y IV de la Ley General de Víctimas, estas medidas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas. En este sentido, la autoridad deberá diseñar e impartir en los hospitales señalados y en las áreas involucradas en los hechos, específicamente a todas las autoridades señaladas como responsables, un curso de capacitación que aborde la siguiente temática: a) Derecho a la protección de la salud neonatal, b) Conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación e c) Interés superior de la niñez; cursos que deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

**145.** Dichos cursos serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, a fin de sensibilizar al personal de salud. Lo cuales deberán ser no menores a 20 horas y contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo y podrán impartirse a través de las plataformas en línea del IMSS o cualquier otra. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

**146.** Además, se deberán entregar a esta Comisión Nacional las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y evaluaciones, entre otros.

**147.** En un término de un mes a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico de los hospitales involucrados

en los hechos, en la que se exhorte a dicho personal, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional. Todo lo anterior para el cumplimiento de los puntos cuarto y sexto del presente pronunciamiento.

**148.** Asimismo, en un plazo menor a seis meses contados a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, el Instituto deberá realizar las gestiones administrativas correspondientes para que se procure dotar al Hospital General de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura y personal médico, a fin de garantizar los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde; en particular deberán implementarse las medidas necesarias para la adecuada atención a las y los pacientes en el Área de Cardiología Pediátrica, lo anterior para dar cumplimiento al punto quinto recomendatorio.

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

## **V. RECOMENDACIONES**

**PRIMERA.** En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a los derechos humanos descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación integral por los daños causados a VQ y V2, que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el deceso de V1, y en términos de la Ley General de Víctimas, se realicen las acciones para su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá proporcionar la atención psicológica y/o psiquiátrica y tanatológica que VQ y V2

requieran, por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado, atendiendo a sus necesidades específicas. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento, hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**TERCERA:** Colaborar ampliamente en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12 ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, por las conductas descritas en el presente pronunciamiento, para que determine, de ser el caso, su responsabilidad administrativa, y se deberán remitir a esta Comisión Nacional las constancias respectivas.

**CUARTA.** En un plazo de un mes se emita una circular dirigida a los hospitales involucrados, en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**QUINTA.** En un plazo menor a seis meses se realicen las gestiones administrativas correspondientes para que se procure dotar al Hospital General de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura y personal médico, a fin de garantizar los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde; en particular deberán implementarse las medidas necesarias para la adecuada atención a las y los pacientes en el Área de Cardiología Pediátrica.

**SEXTA.** Diseñar e impartir en el término de seis meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso de capacitación que aborde la temática siguiente: a) Derecho a la protección de la salud neonatal, b) Conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación e c) Interés superior de la niñez, los cuales deberán ser



efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y evaluaciones; y envíe a esta Comisión Nacional las constancias correspondientes para que acrediten su cumplimiento.

**SÉPTIMA.** Designar 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.

**150.** La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular una declaración respecto de una conducta irregular cometida por 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 o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

**151.** De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 136 de su Reglamento Interno, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación.

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





**153.** 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 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**