



RECOMENDACIÓN No. 134 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ Y A LA VIDA DE V1, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V2, POR PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72 “LIC. VICENTE SANTOS GUAJARDO” DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 17 de diciembre de 2021.

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

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II, y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2019/212/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 de conformidad con los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero, y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 1º, 3, 9, 11, fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1º, 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 que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública

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

Denominación:	Acrónimo:
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional u Organismo Nacional
Centro Médico Nacional “ <i>La Raza</i> ”, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México.	CMN “LA RAZA”
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Hospital General Regional 72 “ <i>Lic. Vicente Sánchez Guajardo</i> ”, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Tlalnepantla, Estado de México.	HGR-72

Denominación:	Acrónimo:
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	UCIN

I. HECHOS.

5. El 20 de noviembre de 2018, este Organismo Nacional recibió la queja de V2, en la que señaló que su hijo V1 estuvo internado en el HGR-72 del IMSS desde su nacimiento prematuro el 6 de septiembre y hasta el 3 de noviembre del 2018, sin embargo, por falta de una adecuada y oportuna atención médica, así como por omisiones y negligencia de los médicos tratantes se comprometió su estado general de salud al punto de ocasionar un pronóstico reservado y probables secuelas permanentes.

6. V2 refirió que el 3 de noviembre de 2018, V1 fue trasladado al CMN “La Raza” del IMSS, en donde lo encontraron con múltiples comorbilidades y datos de sepsis abdominal, por lo que fue reportado muy grave con elevadas posibilidades de fallecer.

7. El 27 de noviembre de 2018, V1 falleció con los diagnósticos de muerte por *“Choque Séptico Refractario, Sepsis con Foco Abdominal, Dehiscencia de Herida Quirúrgica e Infección de Herida Quirúrgica”*.

8. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente **CNDH/1/2019/212/Q**, y a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos, se solicitó diversa información al IMSS, la cual incluyó el expediente clínico de V1, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

9. Escrito de queja presentado por V2 ante esta Comisión Nacional el 20 de noviembre de 2018.

10. Acta circunstanciada de 21 de noviembre de 2018, donde este Organismo Nacional hizo constar la comunicación telefónica con V2, quien manifestó que V1

se encontraba en el servicio de terapia intensiva en la UCIN en el CMN “La Raza”, donde recibía una excelente atención y no tenía queja de la atención médica que se le estaba otorgando.

11. Acta circunstanciada de 5 de diciembre de 2018, en la que esta Comisión Nacional hizo constar la comunicación telefónica con V2, quien manifestó que V1 falleció el 27 de noviembre del mismo año, a su consideración por negligencia médica del personal médico que lo atendió en el HGR-72 del IMSS.

12. Oficio 095217614C21/1472, recibido en este Organismo Nacional el 14 de junio de 2019, por medio del cual la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS envió un informe sobre la atención médica brindada a V1 en el HGR-72 de dicho Instituto, al cual agregó un listado del personal médico interviniente en tal hospital.

13. Oficio 095217614C21/1616, recibido en esta Comisión Nacional el 28 de junio de 2019, a través del cual la Jefa del Área de Atención de Quejas CNDH del IMSS envió un informe complementario sobre la atención médica y medicamentosa proporcionada a V1 en el HGR-72 y en el CMN “La Raza” hasta el momento de su fallecimiento, al cual se anexó el expediente clínico correspondiente, del cual se destaca lo siguiente:

13.1. Hoja de atención de V1, elaborada por SP1 el 06 de septiembre de 2018.

13.2. Nota de atención de V1, en la que se asentó su envío a cunero patológico de 6 de septiembre de 2018, en la que se hizo constar la valoración a V1 por parte de SP1.

13.3. Nota de ingreso a cunero patológico de 6 de septiembre de 2018, suscrita AR1, en la que se integraron los diagnósticos de Taquipnea transitoria del recién nacido, pretérmino de 35 semanas de gestación con peso adecuado para la edad gestacional.

13.4. Nota de evolución de fecha 9 de septiembre de 2018, de las 10:20 horas, suscrita por SP1 en la que reportó a V1 aún dependiente de oxígeno, con tiraje intercostal y prescribió inicio de doble esquema de antibiótico.

13.5. Resultados de laboratorio clínico solicitado el 10 de septiembre de 2018, cuyo hemocultivo reportó desarrollo de la bacteria *E. coli*¹.

13.6. Nota médica y de prescripción pediátrica de 11 de septiembre de 2018, a las 18:27 horas, en la que SP4 reportó a V1 con buen estado de hidratación y coloración de tegumentos, cráneo normo céfalo, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos.

13.7. Nota médica y prescripción pediátrica de 14 de septiembre de 2018, de las 8:50 horas, elaborada por SP2, en la que indicó que se recabó reporte de hemocultivo positivo para *E. coli*, por lo que era probable que las apneas fueran secundarias al proceso infeccioso que al reflujo gástrico.

13.8. Nota de envío a UCIN de 15 de septiembre de 2018, elaborada por AR1, en la que diagnosticó a V1 con *“Enterocolitis Necrotizante IIIA, Sepsis Neonatal por E. coli, Apneas Mixtas, Cardiopatía Congénita Acianógena, Probable Persistencia del Conducto Arterioso (PCA), Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en Remisión y Recién Nacido con Peso Adecuado para la Edad Gestacional y al Nacimiento”*.

13.9. Nota de ingreso a UCIN de V1, de fecha 15 de septiembre del 2018 en la que AR3 reportó su manejo por sepsis provocado por *E. coli* y enterocolitis necrosante.

13.10. Nota de evolución y gravedad de fecha 16 de septiembre de 2018, en la que AR4 señaló que V1 requiere atención de tercer nivel con motivo de su estado de salud grave y no contar con servicio de cirugía pediátrica ni de radiológica en turno vespertino. Realizó dos llamadas telefónicas al CMN “La Raza” sin respuesta.

13.11. Nota de evolución y gravedad de 17 de septiembre de 2018, elaborada por AR4, en la que indicó que V1 fue ingresado a quirófano de urgencia ante la posibilidad de perforación intestinal contra isquemia intestinal grave.

¹ *Escherichia coli*, conocida como *E. coli*, es una bacteria miembro de la familia de las enterobacterias.

13.12. Nota de reingreso a UCIN de quirófano, elaborada el 17 de septiembre de 2018 por AR4, en donde asentó que dentro de los hallazgos quirúrgicos se encontró “enterocolitis masiva, isquemia de todo el intestino delgado, perforación de 2 cm a 25 cm de ángulo de Treitz, intestino fétido con líquido meconial abundante, se realizó derivación peritoneales laterales, se requerirá segunda valoración de 24 a 36 horas para resección intestinal de zonas necróticas y derivación intestinal. Se reportó a V1 muy grave con elevado riesgo de fallecer.

13.13. Nota de valoración de cirugía pediátrica de 17 de septiembre de 2018, en la que AR6 indicó que V1 tenía antecedentes de importancia para cuadro de enterocolitis en esos momentos ya complicada, con datos de irritación peritoneal, ameritaba manejo quirúrgico de urgencia, muy grave con datos de choque, con alto riesgo de fallecer.

13.14. Nota médica y de evolución redactada por AR4, en la que indicó que V1 perdió 2 puntos de sutura en estoma, por lo que realizó remodelación y encontró coloración necrótica, riesgo de malabsorción intestinal y síndrome de intestino corto, con pronóstico malo para la función.

13.15. Resultado de laboratorios de 17 de septiembre de 2018 a las 11:48 horas que evidenció desarrollo de *Klebsiella pneumoniae*.

13.16. Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, de 19 de septiembre de 2018, en la que AR6 advirtió salida de líquido hemático, extrajo y revisó el intestino manualmente, reportó que presentaba enterocolitis en el 95% del intestino y necrosis de todo el intestino delgado.

13.17. Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de 24 de septiembre de 2018 y carta de consentimiento informado para el ingreso de V1 al servicio de pediatría, suscrita por V2.

13.18. Nota de cirugía pediátrica de 26 de septiembre de 2018, en la que AR6 indicó que la ileostomía estaba sin gasto, estomas sin retracción, coloración violácea, herida limpia; sin embargo, V1 no estaba exento de complicaciones.

13.19. Hoja de consentimiento informado de 28 de septiembre de 2018, para la realización de procedimientos anestésicos a V1, a fin e ingresarlo a sala de cirugía y remodelar la estoma de ileostomía.

13.20. Resultado de hemocultivo de control y nota de evolución de 8 de octubre de 2018, suscrito por SP18, en la que reportó a V1 sin desarrollo bacteriano y se confirmó que el foco infeccioso estaba remitido.

13.21. Nota de cirugía pediátrica de 17 de octubre de 2018, a las 15:00 horas, suscrita por SP4, en la que estableció los diagnósticos de Enterocolitis Masiva, Resección Intestinal, Yeyunostomía y Síndrome de Intestino Corto.

13.22. Nota de valoración de cirugía pediátrica del 17 de octubre de 2018, encontrando el médico especialista a V1 con Enterocolitis completo, reportó muy grave, con datos de *“Choque y Coagulación Intravascular Diseminada”*.

13.23. Hoja de referencia-contrareferencia a cirugía pediátrica de 19 de octubre de 2018 y solicitud de traslado de V1 al CMN “La Raza”.

13.24. Nota postquirúrgica de cirugía pediátrica, de 30 de octubre de 2018, en la que se reportó el reingreso de V1 a cunero patológico para vigilancia y tratamiento.

13.25. Hoja de alta hospitalaria del servicio de pediatría de V1, de 3 de noviembre de 2018, a las 16:00 horas.

13.26. Hoja de admisión continua a pediatría, Triage² y nota médica de primer contacto de 3 de noviembre de 2018, a las 22:15 horas, firmada por especialista de Nefrología Pediátrica del CMN “La Raza”, en el que se reportó a V1 muy grave con elevadas posibilidades de fallecer.

13.27. Informe pormenorizado de la atención médica brindada a V1 por médicos tratantes en el HGR-72.

² El triage es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.aspx> consultado el 10 de diciembre de 2021.

13.28. Nota de ingreso a UTIP de 04 de noviembre de 2018, sin hora, firmada por personal médico del CNM “La Raza”.

13.29. Solicitud y valoración por Nefropediatría de 4 de noviembre de 2018, en el que se reportó que V1 cursaba con falla renal aguda, sin urgencia dialítica, hemodinámicamente inestable, con indicación de mantenerlo en observación de la función renal y ajustar los antimicrobianos.

13.30. Nota de valoración por cirugía pediátrica, de 5 de noviembre de 2018, a las 09:00 horas, firmada personal médico especialista del CMN “La Raza”, quienes reportaron que V1 estaba muy grave, con alto riesgo de mortalidad a corto plazo, sin condiciones para manejo quirúrgico y mal pronóstico para la vida.

13.31. Solicitud y valoraciones por infectología pediátrica de 5, 7 y 16 de noviembre de 2018.

13.32. Valoraciones de gastroenterología pediátrica realizadas a V1 el 5 y 21 de noviembre de 2018.

13.33. Nota de hematología pediátrica realizadas a V1 el 6 de noviembre de 2018.

13.34. Nota de epidemiología de V1, de 7 de noviembre de 2018 a las 10:10 horas.

13.35. Nota de interconsulta a oftalmología pediátrica practicada a V1 el 22 de noviembre de 2018, a las 18:26 horas.

13.36. Nota de Alta de 27 de noviembre de 2018, en la que se estableció como diagnóstico de egreso *“Choque Séptico Refractario, Sepsis con Foco Abdominal, Disfunción Orgánica Múltiple, Dehiscencia de Herida Quirúrgica, Infección de Herida Quirúrgica, Lesión Renal Aguda, Síndrome Colestásico Queratoconjuntivitis y Prematurez”*.

13.37. Nota de defunción de V1 en UCIP de 27 de noviembre de 2018, firmada por médico pediatra.

13.38. Certificado de defunción de 27 de noviembre de 2019, a las 13:00 horas, expedido por la Secretaría de Salud, en el que se hizo constar como causas de defunción de V1: *“Choque Séptico Refractario, Sepsis con Foco Abdominal, Dehiscencia de Herida Quirúrgica e Infección de Herida Quirúrgica”*.

14. Oficio 095217614C21/3300 de 15 de noviembre de 2019, a través del cual el IMSS informó a este Organismo Nacional que el caso fue sometido a la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese Instituto, instancia que el 23 de octubre de 2019 emitió acuerdo en sentido improcedente.

15. Opinión Médica Especializada emitida por esta Comisión Nacional el 28 de febrero de 2020, la cual concluyó que la atención proporcionada a V1 en el HGR-72 fue inadecuada.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

16. El 15 de noviembre de 2019, el IMSS informó que con motivo de la queja presentada por V2 ante este Organismo Nacional, el caso de V1 fue sometido a sesión del Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de ese Instituto, la cual lo acordó improcedente el 23 de octubre de 2019, al considerar que V1 *“desde su nacimiento presentó múltiples comorbilidades es estado crítico, se otorgó información oportuna a los familiares, se dio tratamiento multidisciplinario acorde a sus condiciones clínicas. El fallecimiento no guarda relación con la atención institucional ya que obedeció a las complicaciones de sus múltiples comorbilidades”*.

17. Esta Comisión Nacional no contó con evidencia de que se haya iniciado procedimiento en el Órgano Interno de Control en el IMSS.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

18. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2019/212/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con un enfoque lógico-

jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN, como de la CrIDH, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, al interés superior de la niñez y a la vida de V1, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, personal médico adscrito al HGR-72 del IMSS. Lo anterior, en razón a las consideraciones expuestas en el presente apartado:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD.

19. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Federal reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

20. Es atinente la jurisprudencia administrativa que señala que *“El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).”*³

21. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud⁴ afirma que *“el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”*, para lo cual los Estados deben garantizar que el servicio de prestación de salud público cumpla, cuando menos, con las siguientes características:

21.1. Disponibilidad: Establecer el número suficiente de hospitales, centros de salud, y programas destinados a la protección integral de la salud de los habitantes en todas sus épocas de vida.

21.2. Accesibilidad: Garantizar que la atención médica y medicamentosa que se brinde en los centros y establecimientos de salud sea otorgada sin

³ 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.

⁴ Fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York el 22 de junio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de los 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

discriminación y se encuentren al alcance geográfico y económico de toda la población, en especial de los grupos considerados en situación de vulnerabilidad.

21.3. Aceptabilidad: Lograr que el personal encargado de brindar los servicios de salud sea respetuoso de la ética médica, de la confidencialidad y de las características inherentes a la personalidad de las personas beneficiarias.

21.4. Calidad: Que los establecimientos de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico.

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

23. El artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁵ señala que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel de vida posible de salud física y mental.

24. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como *"(...) un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)."*⁶

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

⁵ Ratificado por México en 1981.

⁶ "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", aprobada por la Asamblea General de la ONU.

26. En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

27. La CrIDH en el *“Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”*⁷ estableció que: *“(…) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (…).”*

28. Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se aseveró que: *“(…) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (…) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.”*⁸

29. En el caso particular, de las evidencias analizadas se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, y AR6, personal médico adscrito al HGR-72 del IMSS, omitió brindar a V1 la atención médica adecuada en su calidad de garante que le obligan las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, concatenado con el artículo 7 del Reglamentos de Prestaciones Médicas del IMSS, lo que se tradujo en una *mala praxis*⁹ y, en consecuencia, la evidente violación a su derecho humano a la protección de la salud y al principio del interés superior de la niñez, que derivó en la pérdida de su vida, como se esgrimirá más adelante.

⁷ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

⁸ CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.

⁹ De acuerdo con Cristina Cerquella Senecal, en *“Responsabilidad profesional de Enfermería”*, la mala praxis comprende el error, la negligencia, la impericia, la falta de cuidados asistenciales, la falta de información o consentimiento informado, la omisión de deber de auxilio, la violación del secreto profesional, o el intrusismo en que incurra la persona profesional de la salud en su atención al paciente.

A.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A V1.

30. Previo al análisis de las acciones y omisiones en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, y AR6, cabe resaltar que V1, al momento de los hechos, contaba con 2 meses y 21 días de vida, por lo que el personal médico debió privilegiar en todas sus decisiones y actuaciones el principio del interés superior de la niñez, esto es, debió brindar una protección reforzada como se explicará en el apartado correspondiente de este documento.

31. V2 dio a luz a V1 a las 10:31 horas del 6 de septiembre de 2018, en el HGR-72 del IMSS, cuando contaba con 35 semanas de gestación y mediante cesárea por presentar bradicardia fetal¹⁰.

32. V1 nació con un peso de 2670 gramos, respiración espontánea, se le brindó reanimación básica del recién nacido, a la exploración física reactivo, normocéfalo, con diastasis (separación) de suturas craneales, ojos simétricos, área cardiaca sin alteraciones, abdomen asignológico, genitales fenotípicamente masculinos, extremidades simétricas e íntegras, sin evidencia de malformaciones, y se le aplicó profilaxis oftálmica, antihemorrágica y de cordón umbilical.

33. Posterior a su nacimiento, el mismo 6 de septiembre de 2018, V1 permaneció en el área de transición en donde 1 hora y 30 minutos después de nacer fue revisado el SP1, quien reportó en su nota de atención que V1 presentaba dificultad respiratoria caracterizada por aleteo nasal, tiraje intercostal, quejido espiratorio y rubicundez de tegumentos, por lo que adecuadamente indicó ayuno, calculó y colocó soluciones parenterales, solicitó le fuera practicada una radiografía de tórax en la que se advirtieron datos de atrapamiento de aire, retención de líquido y cardiomegalia, estos datos sugirieron que podría estar cursando "*Taquipnea Transitoria del Recién Nacido*"¹¹, por lo que le colocaron oxígeno complementario.

34. También el 6 de septiembre de 2018, previo consentimiento informado de V2, le fueron colocados a V1 accesos vasculares en los vasos umbilicales, sin

¹⁰ La bradicardia fetal es la frecuencia cardiaca menor a 120 latidos por minuto que presenta el feto.

¹¹ La taquipnea transitoria del recién nacido (TTN, por sus siglas en inglés) es un trastorno respiratorio que se observa poco después del parto en bebés que nacen antes del término o casi a término.

complicaciones, para la aplicación de soluciones parentales y medicamentos como parte de su tratamiento.

35. El 6 de septiembre de 2018, a las 17:20 horas, V1 ingresó al servicio de cunero patológico, donde fue valorado por AR1, quien lo reportó con signos vitales en cifras normales, en regulares condiciones generales, aún con datos de dificultad respiratoria caracterizada por tiros intercostales bajos, leves e inconstantes, polipnea, con estertores transmitidos, ruidos cardiacos rítmicos y de buen tono, abdomen blando, depresible, catéteres umbilicales funcionales, extremidades íntegras llenado capilar inmediato. Le fue realizada radiografía de tórax y abdomen, ambas con mala técnica, pero se apreció gastromegalia (aumento en el tamaño del estómago), corazón con bordes mal definidos, sugestivo de “corazón peludo” (borramiento de la silueta cardiaca, derivado de la mala técnica de la radiografía) y ausencia de gas en hueco pélvico.

36. AR1 integró los diagnósticos de *“Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, Pretérmino de 35 Semanas de Gestación con Peso Adecuado para la Edad Gestacional”*, adecuadamente indicó continuar con terapia de rehidratación, vigilancia del estado metabólico por su prematurez, continuar en ayuno y solicitó estudios de laboratorio.

37. V1 continuó en el servicio de cunero patológico, con tratamiento establecido, signos vitales en cifras aceptables, orina y evacuaciones al corriente, sin datos de bajo gasto, oxígeno por casco cefálico y saturaciones adecuadas, en ayuno, con dificultad respiratoria leve, por lo que el 08 de septiembre de 2018 indicaron iniciar la alimentación vía oral, la cual toleró adecuadamente, manteniéndose polipneíco (aumento en la frecuencia respiratoria), con tiraje intercostal, sin ameritar protección de la vía aérea en ese momento, ya con tratamiento establecido y bajo vigilancia estrecha.

38. El 9 de septiembre de 2018, SP1 reportó a V1 con apnea¹², piel marmórea, cianosis y desaturación de oxígeno hasta 60% (normal 95-100%), la cual mejoró con la estimulación; no obstante, volvió a presentar eventos de apneas, por lo que le practicó una aspiración, obteniendo abundantes secreciones espesas blanquecinas y recolocó el CPAP (dispositivo de presión continua positiva en las

¹² La respiración **que** se detiene por cualquier causa se denomina **apnea**

vías respiratorias que proporciona aire a una presión predeterminada a través de una mascarilla) y duplicó el esquema de antibiótico prescrito.

39. El resultado del hemocultivo realizado a V1 reportó el 10 de septiembre de 2018 que desarrolló E. coli (una bacteria miembro de la familia de las enterobacterias), ya con doble cobertura antibiótica. Al respecto, es importante aclarar que los recién nacidos prematuros son especialmente vulnerables a infecciones bacterianas nosocomiales, la prevalencia es mayor a menor peso y menor edad gestacional, esto es porque el recién nacido tiene una respuesta inmune limitada, la inmunidad inespecífica está alterada y, en especial, cuando hay pérdida de las barreras anatómicas, es decir, por lesiones de piel o procedimientos diagnósticos invasivos, como en este caso.

40. El 10 de septiembre de 2018, SP2 valoró a V1 y advirtió contenido en pozos de café (sangre no fresca) en la sonda orogástrica, por lo que adecuadamente realizó lavado gástrico que no evidenció sangrado activo, tomó radiografía de abdomen en la que observó regular distribución de aire e indicó que se iniciara nuevamente la estimulación enteral (alimentación), peristalsis normal, catéteres funcionales y continuar bajo vigilancia estrecha.

41. V1 evolucionó satisfactoriamente los días siguientes, con saturaciones de oxígeno al 100%, tolerando la vía oral, peristalsis normal, sin distensión abdominal y sin eventos apnéicos (dejaba de respirar por lapsos), conforme lo registrado por SP2 en su nota médica del 12 de septiembre de 2018. Se recabó el reporte de hemocultivo sin evidencia de desarrollo bacteriano por el adecuado tratamiento antibiótico brindado; sin embargo, indicó completar 5 días de antibiótico, tomando ese mismo día muestra para Tamiz metabólico; no obstante, dicho resultado no se encuentra agregado al expediente clínico, lo cual incumple lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

42. En el turno nocturno del 12 de septiembre de 2018, SP3 reportó desaturación de oxígeno de V1 hasta del 70%, por lo que nuevamente le colocaron oxígeno, debido a que no presentaba datos de respuesta inflamatoria compatibles con un foco infeccioso activo, se solicitó ultrasonido transfontanelar como parte del protocolo de estudio, mismo que se realizó ese día y resultó normal.

43. El 14 de septiembre de 2018, a las 15:04 horas, SP4 registró en su nota de médica que recabó el resultado de un segundo hemocultivo realizado a V1, en el cual se evidenció nuevamente desarrollo de *E. coli*. Agregó que las apneas posiblemente eran secundarias a ese proceso infeccioso y no por reflujo gastroesofágico; sin embargo, V1 ya estaba programado para la realización del estudio de serie esófago-gástrica.

44. El 15 de septiembre de 2018, a las 09:20 horas, AR5 estableció en su nota de evolución que los catéteres umbilicales colocados a V1 podrían ser el foco de infección, por lo que indicó su retiro, dejando la vía periférica por lo menos 48 horas para evitar colonización; asimismo, modificó el esquema de antibiótico (piperazilina tazobactam), de acuerdo con la sensibilidad del microorganismo aislado en el hemocultivo (*E. coli*).

45. A las 14:10 horas del mismo 15 de septiembre de 2018, AR5 registró en su nota médica que V1 presentó distensión abdominal posterior a la toma de alimento de 5 ml, agregándose piel reticulada (patrón reticular de decoloración rojiza y azulada de la piel, puede empeorar cuando la temperatura está fría) y dolor abdominal importante, por lo que indicó ayuno y sonda nasogástrica, la cual drenó material gastrobiliar¹³. También AR5 solicitó se le efectuara a V1 una gasometría, radiografía de tórax y abdomen.

46. En la valoración de las 17:15 horas del mismo día, AR1 advirtió que V1 estaba con signos vitales en parámetros aceptables, pero con tendencia a la taquicardia y a la polipnea, oxígeno por casco y puritan (reservorio), sonda orogástrica drenando material gastrobiliar, a la exploración física, irritable, piel reticular, adecuado estado de hidratación, normocéfalo, ruidos cardiacos con soplo Grado I/VI (El grado I es un soplo apenas perceptible, como en este caso, el soplo es grado 1 en una escala de 1 a 6. Además, un soplo se describe de acuerdo con la etapa del latido cardíaco cuando dicho soplo se escucha), continuo en foco pulmonar sin irradiaciones, mismo que no fue advertido por los médicos que lo valoraron desde su nacimiento; además, fue descrito en la mayoría de las notas subsecuentes, precordio normodinámico, pulsos normales, abdomen globoso a expensas de gas, con dibujo de asas, resistencia muscular involuntaria, peristalsis disminuida en frecuencia.

¹³ Es material que se encuentra en la vesícula biliar.

47. AR1 reportó grave a V1, con manejo ya establecido, sin modificaciones y pendiente de su evolución; sin embargo, AR1 omitió recabar o solicitar nuevamente radiografía de abdomen, tomando en cuenta que presentaba distensión y que a través de la piel se dibujaban las asas intestinales. Tampoco solicitó valoración por el especialista en cirugía general ni por cardiología por la presencia del soplo, para descartar alguna cardiopatía congénita, incumpliendo con lo establecido en la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enterocolitis Necrosante del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, que señala en la parte conducente “(...) se recomienda tomar radiografía simple de abdomen cada 6 horas ante la sospecha de Enterocolitis Necrosante (ECN) durante la fase aguda de la enfermedad para establecer el diagnóstico” y en lo dispuesto en el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, que dispone que los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores.

48. Ese mismo 15 de septiembre de 2018, a las 19:40 horas, AR1 elaboró una nota para turnar a V1 a la UCIN del HGR-72 para el seguimiento de su atención médica. En tal nota asentó que encontró a V1 con aspecto reticular, distensión abdominal y dibujo de asa, radiografía de abdomen con evidencia de neumosis portal que hizo sospechar que presentaba Enterocolitis Necrotizante IIIA. Asimismo, gasometría con datos de Alcalosis Respiratoria e Hipoxemia, a la exploración física con regular estado de hidratación, dificultad respiratoria, soplo continuo en foco pulmonar sin irradiaciones, abdomen globoso, doloroso a la palpación, perímetro abdominal de 32.5 cm (aumentado con relación a la medida registrada a su nacimiento), extremidades normales.

49. Finalmente, AR1 integró los diagnósticos de “Enterocolitis Necrotizante¹⁴ IIIA, Sepsis Neonatal¹⁵ por *E. coli*, Apneas Mixtas, Cardiopatía Congénita Acianógena

¹⁴ La enterocolitis necrotizante es la urgencia más frecuente en el periodo neonatal asociada al sistema digestivo; afectando principalmente a los neonatos pretérmino con muy bajo peso al nacer. La etiología continúa siendo desconocida, se considera una enfermedad multifactorial, donde la prematuridad es el principal factor de riesgo, todo esto relacionado con la inmadurez del tracto gastrointestinal, una motilidad disminuida que genera una mayor permeabilidad en la mucosa y con esto facilita la translocación bacteriana. Su diagnóstico suele ser muy complejo y suele pasar desapercibido en muchas ocasiones generando una mortalidad importante de hasta el 30% donde su principal complicación es la perforación intestinal y el consiguiente shock séptico. Véase Asociación Costarricense de Medicina Forense, *On-line version* ISSN 2215-5287.

¹⁵ Es una infección de la sangre que se presenta en un bebé de menos de 90 días de edad. La sepsis de aparición temprana se ve en la primera semana de vida. La sepsis de aparición tardía ocurre después de 1 semana hasta los 3 meses de edad. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007303.htm> consultado el 13 de diciembre de 2021.

Probable Persistencia del Conducto Arterioso (PCA), Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en Remisión y Recién Nacido con Peso Adecuado para la Edad Gestacional y al Nacimiento”; reportado en mal estado general, hemodinámicamente estable sin requerimiento de apoyo con aminas.

50. Ahora, si bien AR1 indicó su ingreso a la UCIN, omitió solicitar valoración por el especialista en gastroenterología o cirugía general, a pesar de haberlo diagnosticado con Enterocolitis Necrosante como lo señaló, con los riesgos que dicho diagnóstico conlleva si no se brinda tratamiento oportuno, así como por el especialista en cardiología al haber establecido que cursaba con *“Cardiopatía Congénita Acianógena Probable Persistencia del Conducto Arterioso (PCA)”*; incumpliendo con ello AR1 lo plasmado en la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enterocolitis Necrosante del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.

51. A las 21:00 horas del 15 de septiembre de 2018, AR2 registró en su nota de evolución que encontró a V1 con abdomen globoso, brillante, doloroso a la palpación superficial, peristalsis nula, hemodinámicamente estable con oxígeno, saturando a más de 93%, con malas condiciones abdominales y riesgo elevado de Choque Séptico ya con triple cobertura antibiótica. Lo reportó muy grave con riesgo de muerte e insistió en su ingreso a la UCIN; sin embargo, AR2 omitió solicitar y recabar la radiografía de abdomen, así como valoración especializada, tal como lo establece la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enterocolitis Necrosante del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, que en la parte correspondiente señala que *“(…) se recomienda tomar radiografía simple de abdomen cada 6 horas ante la sospecha de Enterocolitis Necrosante (ECN) durante la fase aguda de la enfermedad para establecer el diagnóstico.”*

52. V1 ingresó a la UCIN el 15 de septiembre de 2018, a las 23:00 horas, en donde fue recibido por AR3, quien en su nota registró que V1 presentaba abdomen globoso, doloroso a la palpación, perímetro abdominal de 29 centímetros (disminuyó posterior a colocación de sonda nasogástrica), peristalsis no audible, extremidades íntegras, simétricas, llenado capilar 3 segundos, hipoactivo, restricción ventilatoria por la distensión abdominal, taquicárdico, tensión arterial elevada probablemente secundaria a dolor, por lo que inició manejo analgésico. AR3 agregó en su nota que contaba con antecedentes maternos de infección de vías urinarias de repetición y

sospecha de cervicovaginitis en periodo perinatal, los cuales se consideran factores de riesgo para cursar con Sepsis Temprana, por lo que habían iniciado tratamiento antibiótico previa toma de hemocultivo (Cefotaxima/Vancomicina); sin embargo, al reportarse con desarrollo de E. coli modificó el tratamiento antibiótico y ese mismo día se inició otro de mayor sensibilidad por probable perforación intestinal; estableciendo con todo lo antes descrito los diagnósticos de *“Recién Nacido Pretérmino de 35 Semanas de Gestación, 36.2 Semanas Corregidas, Peso Adecuado para la Edad Gestacional, Sepsis por E. coli en manejo y Enterocolitis Necrotizante IIIA”*.

53. No obstante, AR3 fue omisa en solicitar y recabar la radiografía de abdomen, tampoco solicitó valoración especializada, con lo cual inobservó lo referido en la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enterocolitis Necrosante del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.

54. El 16 de septiembre de 2018, a las 14:30 horas, AR4 registró en su nota de evolución que V1 presentaba distensión abdominal, no depresible, hepatomegalia, perímetro abdominal de 32.5 centímetros (aumentado con relación a la medición previa), sangrado fresco a la estimulación ano-rectal.

55. AR4 agregó que en el turno no contaban con especialista en cirugía pediátrica, por lo que realizó 2 llamadas telefónicas al CMN “La Raza” del IMSS para solicitar el traslado de V1, pero no le respondieron, a su vez informó subdirector médico sobre el caso y la necesidad del traslado de V1 para atención médica de tercer nivel, por lo cual elaboró la hoja de referencia-contrareferencia a cirugía pediátrica, con fecha del 16 de septiembre de 2018.

56. AR4 añadió en su nota que en la radiografía se evidenció gran distensión intestinal sin datos de perforación en ese momento, únicamente indicó continuar en vigilancia estrecha, con antibiótico establecido y tomó muestra para hemocultivo; siendo esta la primera ocasión que se solicitó valoración por el cirujano pediatra y su traslado por no contar con el especialista en el turno, pero sin respuesta hasta ese momento.

57. Cabe señalar que, si bien AR4 realizó las gestiones correspondientes para trasladar a V1 al CMN “La Raza” para atención de tercer nivel, es decir,

especializada, no se describen los motivos por los que no contaban con especialista en cirugía pediátrica en el turno, como lo refirió AR4 en su nota, y no se previó cubrir tal ausencia.

58. A las 20:40 horas del mismo 16 de septiembre de 2018, AR4 solicitó la transferencia de V1 a tercer nivel al CMN “La Raza”, sin que le respondieran, lo cual informó al subdirector médico para que se insistiera en el siguiente turno, en caso de no obtener respuesta se solicitaría hasta el siguiente día la valoración por el especialista en cirugía pediátrica de este mismo hospital y evaluar la posibilidad de que le realizaran a V1 una laparotomía exploradora urgente.

59. Además, AR4 registró que no contaban con heparina para las muestras de gasometría ni médico radiólogo que realizara ultrasonido abdominal, situaciones que se sumaban a las indicaciones de traslado lo antes posible para brindar un seguimiento estrecho y tratamiento oportuno, lo cual incumple con lo establecido en la NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, misma que refiere “(...) *todo establecimiento de atención médica que se menciona en esta Norma Oficial Mexicana debe (...) 5.3. Contar con las facilidades arquitectónicas, de mobiliario, instrumental y equipo en cantidad suficiente, para efectuar las actividades médicas que proporcione el establecimiento (...).*”

60. En la valoración realizada a V1 el 16 de septiembre de 2018, a las 22:40 horas, AR5 registró que estaba intubado; sin poder precisar en qué momento lo intubaron; ya que no se describe en las notas médicas, con abdomen globoso, dibujo de asas, cambio de coloración a violáceo y silente (sin peristalsis), todos ellos datos de sufrimiento de asa, llenado capilar de 3 segundos, con tendencia a la taquicardia, en ayuno, sonda orogástrica drenando material biliar, afebril, con doble esquema antibiótico (Imipenem y Metronidazol), bajo sedación; lo reportó muy grave con Enterocolitis Necrosante a pesar del tratamiento con antibiótico y reposo intestinal, persistencia de sufrimiento de asas, realizó ajuste de líquidos parenterales; no obstante, ante la evolución tórpida solicitó la valoración urgente por el cirujano pediatra por la elevada posibilidad de estar cursando con necrosis y perforación intestinal, señaló que, se comunicó al CMN “La Raza” más de 10 ocasiones, sin lograr localizar al personal para recepción de la interconsulta e insistió en el traslado; no obstante, tampoco efectuó comunicación con otro nosocomio o buscó alguna otra alternativa de traslado, incumpliendo con ello AR5 lo establecido en el

Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, que en la parte conducente dice: *“(...) cuando para la atención de un derechohabiente no se disponga en las unidades médicas de una Área Médica, de los especialistas o de los medios de diagnóstico o terapéuticos necesarios, se procederá al traslado del paciente al hospital general de subzona, zona o regional, de conformidad con el esquema de regionalización de los servicios de atención médica determinados para cada Área Médica, o a la unidad médica de alta especialidad que corresponda (...) Cuando para la atención de un derechohabiente sea necesario el traslado a otra unidad médica de alta especialidad, por carecer o no estar disponibles los servicios o recursos tecnológicos en la unidad de referencia, ésta procederá a su envío, de conformidad con la normatividad establecida.”*

61. Con relación a las múltiples llamadas que refieren realizaron AR4 y AR5 al CMN “La Raza” del IMSS para concretar el traslado del paciente y no obtuvieron respuesta, este Organismo Nacional considera pertinente referir que el IMSS debe implementar medidas de resolución efectivas para la inmediata atención de las peticiones como en este caso.

62. En esa misma fecha, 16 de septiembre de 2018, le fue colocado a V1 un catéter percutáneo en el brazo derecho, sin complicaciones, se recolectó sangre para hemocultivo y laboratorios de control por parte de SP5.

63. El 17 de septiembre de 2018, a las 00:50 horas, AR5 reportó en su nota médica que se logró el enlace con el CMN “La Raza”, se presentó el caso y V1 fue aceptado, por lo que se iniciaron los trámites para su traslado en ambulancia subrogada.

64. Ese mismo día, siendo las 09:00 horas, SP6 valoró a V1 en la UCIN y entregó solicitud para valoración al especialista en cirugía pediátrica del turno matutino del HGR-72, lo reportó muy grave con pronóstico malo para la vida y la función. A las 13:00 horas, entregó por segunda ocasión la solicitud para valoración por cirugía pediátrica, en esta ocasión, directamente a la Jefatura de Cirugía e informó también a la Jefatura de Pediatría.

65. El resultado del hemocultivo practicado a V1 evidenció desarrollo de *Klebsiella pneumoniae*¹⁶, siendo esto resultado de que los recién nacidos prematuros son especialmente vulnerables a las infecciones bacterianas nosocomiales por contar con una respuesta inmune limitada en especial cuando hay pérdida de las barreras anatómicas, por lesiones de piel y procedimientos invasivos, como en este caso, que al paciente se le realizaron procedimientos invasivos, lo cual favorece su desarrollo, como ya se indicó.

66. A pesar de tratarse de una urgencia absoluta y haberse solicitado valoración por el especialista en cirugía pediátrica a las 09:00 y 13:00 horas del 17 de septiembre de 2018, AR6 acudió hasta las 16:00 horas, es decir, 7 horas después de haberse entregado incluso a la Jefatura de Cirugía, dos días después de haber iniciado con sintomatología abdominal y a casi 24 horas de haberse solicitado valoración por ese especialista en otro nosocomio.

67. AR6 refirió en su nota de valoración que V1 presentaba abdomen con distensión, peristalsis disminuida, tenso, rígido, sin cambios de coloración, radiografía de abdomen con asas intestinales dilatadas, ausencia de aire en hueco pélvico, mala distribución de gas intestinal, aire en vena porta y edema interasa; agregó que cursaba con un cuadro de Enterocolitis Complicada, con datos de irritación peritoneal (indicativo de perforación intestinal) que ameritaba manejo quirúrgico de urgencia, confirmando con lo descrito por este especialista que cursaba con datos de perforación intestinal, secundario a la isquemia y necrosis derivada de la Enterocolitis Necrotizante que debió valorarse de forma inmediata en el momento en que fue diagnosticada, para evitar complicaciones catastróficas como en este caso; sin dejar de mencionar que, la valoración por el especialista en cirugía general se efectuó de forma tardía a pesar de tratarse de una urgencia absoluta y haberse solicitado desde el día anterior y tampoco se materializó el traslado para tal efecto.

68. V1 ingresó a sala de cirugía el 17 de septiembre de 2018, donde AR6 le realizó una Laparotomía Exploradora, teniendo como hallazgos transquirúrgicos *“Líquido hemático con restos de meconio, Enterocolitis en el 95% del intestino, Perforación de 2 cm a 25 cm del ángulo de Treitz, Intestino Fétido de mala consistencia y*

¹⁶ *Klebsiella pneumoniae* es una bacteria Gram negativa, encapsulada, no móvil, fermenta la lactosa, anaerobio facultativo. Es encontrada en la flora normal de la boca, la piel y los intestinos. Es miembro importante del género de las enterobacterias. Recuperado de <https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/168/863> consultado el 13 de diciembre de 2021.

aspecto”, por lo que AR6 procedió inadecuadamente a realizar únicamente lavado mecánico para eliminar la pus, detritos y materia fecal, hizo cierre primario de la perforación intestinal y descomprimió el resto de la cavidad abdominal, colocó drenajes en ambos costados y cerró por planos, agregando que ameritaría una segunda intervención en 24 a 36 horas para resección intestinal de zonas necróticas y derivación intestinal para preservar el intestino delgado, reportó sangrado de 15 ml y estado de salud grave, lo que informó a los familiares.

69. También, en esta cirugía, AR6 omitió realizar la resección del intestino necrosado que reportó del 95%, si bien es cierto que el pronóstico era sombrío ante tal panorama, debió ponderar el riesgo-beneficio sobre éste y evitar de ese modo, que la necrosis se extendiera y, con ello, someter a V1 para un segundo evento anestésico-quirúrgico.

70. Por todo lo antes descrito, merece la pena subrayar que, existió una dilación en la valoración especializada y tratamiento quirúrgicos a V1, ya que aun cuando se documentó que presentó sintomatología abdominal desde el 15 de septiembre de 2018 (a las 14:10 horas) manifestada con distensión abdominal y datos de sufrimiento de asas intestinales que fue confirmado mediante radiografía abdominal, fue hasta el siguiente día (16 de septiembre de 2018 a las 14:30) que solicitaron que fuera trasladado a un tercer nivel de atención por no contar con el especialista en cirugía pediátrica en ese turno y no haber previsto cubrir su ausencia; no obstante, a pesar de ser aceptado, no se efectuó el envío del paciente por razones que no se describen en las notas médicas, siendo valorado por el especialista en cirugía pediátrica del mismo nosocomio de forma tardía hasta 48 horas después de iniciados los síntomas, tiempo suficiente para que el intestino presentara cambios catastróficos e irreversibles con necrosis del 95% y perforación, complicación que ameritó intervención quirúrgica urgente y una segunda en menos de 24 horas, efectuándole resección de una extensa porción del intestino, lo cual ensombreció su pronóstico; siendo que el paciente ameritaba valoración especializada urgente desde que se estableció el diagnóstico de Enterocolitis Necrosante, en ese u otro nosocomio que tuviera disponible al especialista y la infraestructura idóneos, con la finalidad de evitar en medida de lo posible la necrosis intestinal tan extensa y las complicaciones que posteriormente presentó, habiendo subestimado la urgencia y no fue trasladado oportunamente, confirmando con esto que V1 debió recibir valoración especializada y tratamiento oportunos para evitar sufrimiento intestinal,

pues resultaba necesaria la intervención quirúrgica urgente debido al rápido deterioro que este diagnóstico representa.

71. V1 reingresó a la UCIN para continuar con su recuperación, ese mismo día 17 de septiembre de 2018 a las 20:00 horas, donde fue valorado por AR4, quien lo reportó estable, signos vitales en cifras normales, con soporte ventilatorio mecánico, bajo vigilancia estrecha, correctamente le administraron plasma fresco y concentrado eritrocitario; toda vez que, fue reportado por laboratorio con trombocitopenia de 22,000, hemoglobina de 10.2 mg/dl (anemia) y hematocrito de 27.1%, leucocitos de 19,300; secundarios al proceso séptico con el que estaba cursando, derivado de la perforación intestinal y al procedimiento quirúrgico al que fue sometido. AR4 permitió la visita de los padres, les informó sobre la gravedad y posibles complicaciones, con riesgo elevado de fallecer, firmando estos al calce de la nota de la recepción del informe.

72. V1 transcurrió las siguientes horas en malas condiciones, señalando AR4 que presentaba evolución clínica tórpida, palidez importante, tinte icterico (Krammer III), edema generalizado, equimosis en sitios de punción, sin registro de orina ni evacuación, ventilación mecánica en parámetros elevados, bajo sedación, en ayuno, con gasto importante por sonda orogástrica, abdomen globoso, a tensión, no depresible, edema de pared, piel brillante, red venosa colateral y hepatomegalia.

73. Por lo anterior, AR4 solicitó valoración de forma urgente por el especialista en cirugía pediátrica, mismo que indicó cirugía de urgencia por segunda ocasión ante la posibilidad de otra perforación intestinal vs isquemia intestinal total grave, en la radiografía de abdomen se observó intestino velado con edema de pared; agregó que cursaba con datos de Choque Séptico ya bajo tratamiento antibiótico de amplio espectro, tomó muestra para hemocultivo y pasó a sala de cirugía como emergencia.

74. V1 ingresó a quirófano el 18 de septiembre de 2018 para realización de una segunda Laparotomía Exploradora por AR6, advirtiendo en esta ocasión, salida de líquido hemático, evisceró (extrajo el intestino manualmente), revisó en su totalidad el intestino, reportando que presentaba Enterocolitis en el 95% del Intestino, manifestado con necrosis de todo el intestino delgado, eliminó detritos, efectuó lavado mecánico de la cavidad, resección de zona necrótica y derivación intestinal en dos bocas (estomas con desembocadura hacia la pared abdominal en dos sitios),

al costado izquierdo del abdomen estoma funcional (abertura quirúrgicamente creada) superior (ileostomía) y estoma disfuncional inferior, es decir, que un estoma tendría el drenaje de la porción intestinal hasta donde se resecó (ileon) y el otro permanecería cerrado; asimismo, colocó drenaje tipo penrose de lado derecho y procedió al cierre de pared, concluyendo el procedimiento sin complicaciones, sangrado de 10 ml, indicó nutrición parenteral y lo reportó grave a los familiares, mismos que firmaron de enterados en la nota postquirúrgica.

75. Cabe destacar que en esta intervención quirúrgica se describió el mismo porcentaje de necrosis de intestino del 95% que en el procedimiento anterior; sin embargo, fue hasta esta segunda cirugía que le fue realizada la resección intestinal de la zona necrótica, como lo indica la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enterocolitis Necrosante del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, procedimiento que pudo efectuarse desde la intervención inicial, lo que confirma que V1 fue sometido a una segunda cirugía en menos de 24 horas, lo que aunado a su padecimiento de base, ensombrecía su evolución y pronóstico, exponiendo a V1 a otro riesgo anestésico-quirúrgico.

76. Los días 19 y 20 de septiembre de 2018, V1 continuó su estancia con inestabilidad clínica, bajo sedación, ventilación mecánica, en ayuno, heridas quirúrgicas limpias, estomas sin gasto.

77. El 21 de septiembre de 2018 a las 15:00 horas, fue valorado por la especialista en cirugía pediátrica SP7, del HGR-72, quien describió en su nota médica que V1 estaba en malas condiciones generales, con herida quirúrgica limpia, estomas violáceas, ileostomía sin gasto y no indicó cambios en el tratamiento prescrito.

78. El 24 de septiembre de 2018, V1 fue nuevamente valorado por SP7, quien reportó que las estomas estaban en fase de desfacelación (tejido desvitalizado o muerto), con riesgo de presentar Malabsorción Intestinal e Intestino Corto por el procedimiento realizado, indicó iniciar nutrición parenteral y continuar con antibióticos.

79. Cabe destacar que el Síndrome de Malabsorción Intestinal o de Intestino Corto se refiere a la suma de alteraciones funcionales que resultan de una reducción crítica en la longitud del intestino, se manifiestan con diarrea crónica, deshidratación, desnutrición, deficiencia de nutrimentos y electrolitos, así como falla

para ganar peso y crecimiento, mismas que dependen de la longitud del intestino resecaado, asociándose a un mayor número de complicaciones cuando quedan sólo 100 cm de intestino delgado o bien, cuando se ha resecaado más del 80% del mismo en ausencia de válvula ileocecal y colon, como en el caso de este paciente, siendo la mayor complicación de los pacientes con Síndrome de Malabsorción Intestinal o de Intestino Corto, la malabsorción generalizada de nutrimentos debido a la pérdida de superficie de absorción.

80. El 25 de septiembre de 2018, V1 fue nuevamente valorado por SP7, que indicó que había perdido 2 puntos de sutura de la estoma, por lo que procedió a remodelarlo, señalando también que el intestino se mostraba necrótico y con pobre vascularidad, por lo que tenía riesgo de pérdida de la estoma por malas condiciones del tejido.

81. El 26 de septiembre de 2018, V1 fue reportado por SP8 con evolución insidiosa a nivel abdominal, necrosis intestinal, ya con nutrición parenteral, bajo tratamiento antibiótico, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, ni evidencia por laboratorio de infección, mejoría en las cifras de plaquetas, no datos de sangrado a ningún nivel, se recabó el reporte del hemocultivo sin desarrollo bacteriano, modificaron los parámetros de la ventilación mecánica y con posibilidad de extubación en breve, ante la mejoría mostrada.

82. Ese mismo 26 de septiembre de 2018, más tarde, V1 fue revalorado por SP7, quien señaló que la ileostomía estaba sin gasto, estomas sin retracción, coloración violácea, herida limpia, pero no exento de complicaciones.

83. El 28 de septiembre de 2018, V1 fue intervenido quirúrgicamente por tercera ocasión para remodelación del estoma de ileostomía, procedimiento que llevó a AR6, teniendo como hallazgo transquirúrgico "*Necrosis Intestinal de 10 cm a partir del estoma funcional*", es decir, presentó una nueva zona de necrosis intestinal a partir del estoma, por lo que AR6 resecaó esos 10 cm de intestino, volvió a derivar mediante ileostomía (una porción del íleon se expone a través de una abertura en la pared abdominal) sin complicaciones y lo reportó grave.

84. El paciente reingresó a la UCIN, procedente del quirófano, a las 20:30 horas del mismo 28 de septiembre de 2018, con soporte nutricional parenteral, tratamiento antimicrobiano, analgésico, reportado muy grave y con mal pronóstico.

85. La evolución de V1 fue hacia el deterioro, con abdomen distendido, lustroso y sin peristalsis por habersele resecado una porción extensa de intestino, se tomó muestra para hemocultivo periférico de control, mismo que se reportó el 30 de septiembre de 2018 con nuevo desarrolló del microorganismo nosocomial *Klebsiella pneumoniae*, ya con tratamiento antibiótico de acuerdo con la sensibilidad (Meropenem) y se inició uno más (Amikacina). Además, la radiografía de abdomen evidenció gastromegalia (aumento del tamaño del estómago).

86. El 1º de octubre de 2018, V1 fue revalorado por SP6 y SP7, quienes lo reportaron en malas condiciones generales, la estoma sin complicaciones, adecuada coloración y sin datos de irritación peritoneal.

87. Ante la estabilidad leve y transitoria de V1, el 10 de octubre de 2018 ingresó al servicio de cunero patológico del mismo HGR-72 para continuar con su tratamiento, reportado grave con pronóstico reservado.

88. El 17 de octubre de 2018, SP7 valoró a V1 y estableció los diagnósticos de Enterocolitis Masiva, Resección Intestinal, Yeyunostomía y Síndrome de Intestino Corto, abdomen sin eventualidades y que ameritaba envío a tercer nivel de atención para valoración por gastroenterología pediátrica, como lo establece la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enterocolitis Necrosante del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.

89. Por ello, se realizaron las gestiones correspondientes y enviaron un resumen al CMN “La Raza” para traslado y valoración por personal médico especialista en gastroenterología pediátrica por cursar con el diagnóstico de *“Estenosis Postquirúrgica a Nivel de 4ª Porción de Duodeno”*, obteniendo como respuesta que sí ameritaba realizarle dilataciones mediante endoscopia (para liberar la estenosis que presentaba en el duodeno); sin embargo, al no tratarse de una urgencia y estar en condiciones estables, no sería aceptado en ese momento.

90. El 22 de octubre de 2018, se insistió en el traslado al CMN “La Raza”, indicando el personal médico de aquel nosocomio que podía ser intervenido quirúrgicamente en el hospital en el que estaba, por lo que permaneció en el HGR-72.

91. Ante tal panorama, V1 fue intervenido quirúrgicamente para el tratamiento de la estenosis duodenal en el HGR-72, se programó el procedimiento para el 30 de octubre de 2018, el cual fue efectuado por SP7, tendiendo como hallazgos transquirúrgicos “*múltiples adherencias (hígado-pared, estómago-pared y asa-pared), estómago y duodeno dilatados, estenosis a nivel de 4ª porción de duodeno*”, procedió a realizar resección de la zona estenótica de 4 cm y derivación intestinal tipo Duodenostomía (derivación del intestino a nivel del duodeno hacia la pared abdominal), dando por concluido el procedimiento, sin complicaciones y lo reportó grave.

92. V1 reingresó al servicio de cunero patológico ese mismo 30 de octubre de 2018, para continuar en vigilancia y tratamiento, permaneciendo ahí los siguientes días, afebril, con persistencia de la sintomatología digestiva, en ayuno, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación, herida quirúrgica hiperémica con salida de material serohemático, estoma permeable, hemodinámicamente estable, ruidos cardiacos y área pulmonar sin compromiso, neurológicamente activo, reactivo a estímulos externos, sin movimientos anormales.

93. El 2 de noviembre de 2018, SP9 solicitó que V1 fuera revalorado por SP7, ya que presentó salida de material seroso abundante a través de la herida quirúrgica, incremento en el gasto por sonda orogástrica y de la colostomía (duodenostomía), informó a los familiares sobre el estado de salud, lo reportó muy grave con mal pronóstico.

94. Ese mismo 2 de noviembre de 2018, V1 fue valorado por SP7, quien describió la herida quirúrgica dehiscente en un punto de sutura, la derivación intestinal con gasto, estoma con adecuada coloración, indicando únicamente mantener en vigilancia la herida quirúrgica, sin ameritar mayor manipulación.

95. Lamentablemente, V1 evolucionó hacia el deterioro y el 3 de noviembre de 2018 presentó datos de sobrecarga hídrica, proceso infeccioso a nivel de herida abdominal, crisis convulsiva y probable falla hepática, iniciaron triple esquema de antibiótico y solicitaron valoración por los especialistas en cirugía pediátrica y gastroenterología pediátrica del CMN “La Raza” del IMSS, reportado a los familiares muy grave, con alto riesgo de fallecer, mismos que firmaron de enterados en la nota de evolución elaborada por SP1.

96. V1 fue aceptado ese mismo 3 de noviembre de 2018 en el CMN “La Raza”, por lo que una vez en tal Centro Médico del IMSS fue valorado por SP10, la cual manifestó que el paciente contaba con múltiples comorbilidades, datos de sepsis abdominal, por lo que solicitó valoración por el especialista en cirugía pediátrica y de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UTIP), reportado muy grave con elevadas posibilidades de fallecer.

97. V1 ingresó a la UTIP del CMN “La Raza” el 4 de noviembre de 2018, donde fue valorado por SP11, SP12 y SP13, quien presentó signos vitales en cifras normales, pálido, icterico, cardiopulmonar sin agregados, abdomen catastrófico, herida quirúrgica dehiscente en mesogastrio, puntos de sutura a tensión y secreción, estomas con gasto hemático y seroso, peristalsis abolida, timpánico, irritación peritoneal, no visceromegalias, resto sin alteraciones, por lo que iniciaron manejo médico con ayuno, soluciones parenterales calculadas, transfusión de plasma, medicamentos en infusión (Midazolam, Noradrenalina, Dobutamina, Hidrocortisona y Furosemide), así como la administración de protector de la mucosa gástrica (Omeprazol) y antibióticos (Meropenem, Vancomicina y Trimetoprim con Sulfametoxazol).

98. Como parte del protocolo de estudio, se solicitó valoración por el especialista en nefrología pediátrica, misma que se efectuó el mismo día por SP14 y SP15, en la que se advirtió que V1 cursaba una falla renal aguda, sin urgencia dialítica, hemodinámicamente inestable, con indicación de mantenerlo en observación de la función renal y ajustar los antimicrobianos.

99. El 5 de noviembre de 2018, a las 09:00 horas, V1 también fue valorado por los especialistas en Cirugía Pediátrica SP16 y SP17, los cuales mencionaron que estaba muy grave, con alto riesgo de mortalidad a corto plazo, sin condiciones para manejo quirúrgico en ese momento, con mal pronóstico para la vida.

100. Durante su estancia en el Hospital de Especialidades del CMN “La Raza” del IMSS, V1 fue valorado por los especialistas en infectología pediátrica, gastroenterología pediátrica, hematología pediátrica, epidemiología y oftalmología pediátrica, realizando éstos los ajustes pertinentes al tratamiento. Asimismo, fue valorado varias veces por cirugía pediátrica, quienes determinaron que por presentar dehiscencia de la herida quirúrgica, era candidato a colocación de sistema VAC (por sus siglas en inglés “*Vacuum Assisted Closure*”, sistema no invasivo y

dinámico que ayuda a promover la cicatrización mediante la aplicación de presión negativa en el lugar de la herida), mismo que previa firma de Consentimiento Informado le fue colocado el 7 de noviembre de 2018, concluyendo el procedimiento sin complicaciones.

101. Sin embargo, a pesar del adecuado tratamiento médico brindado en el CMN “La Raza” del IMSS, V1 continuó inestable hemodinámicamente el resto de su estancia hospitalaria.

102. El 27 de noviembre de 2018, a las 11:25 horas, V1 presentó bradicardia de 50 latidos por minuto, que ameritó reanimación cardiopulmonar avanzada, sin mostrar respuesta, frecuencia cardíaca de 30 latidos por minuto a pesar del tratamiento con aminas a dosis máximas, suspendiendo la reanimación a los 25 minutos, se permitió el ingreso de sus familiares y, posterior a ello, presentó trazo electrocardiográfico isoeléctrico, con lo cual se declaró su lamentable fallecimiento a las 13:00 horas, con los diagnósticos de muerte por *“Choque Séptico Refractario, Sepsis con Foco Abdominal, Dehiscencia de Herida Quirúrgica e Infección de Herida Quirúrgica”*, mismos que quedaron plasmados en su Certificado de Defunción, padecimientos todos graves, secundarios a las catastróficas complicaciones presentadas por la dilación en la valoración y atención médica especializada que ameritaba, cuando se estableció el diagnóstico de *“Enterocolitis Necrosante”*, como ya se detalló, siendo que en el nosocomio de tercer nivel (CMN “La Raza”), las mencionadas complicaciones fueron diagnosticadas y tratadas adecuadamente; sin embargo, no mostró mejoría y, finalmente, falleció.

103. Es importante mencionar que, respecto al soplo cardíaco Grado I-II/VI descrito hasta los 9 días de vida extrauterina y la Cardiopatía Congénita Acianógena, probable Persistencia del Conducto Arterioso (PCA), que fue referido por personal médico del HGR-72 del IMSS, tal soplo pasó desapercibido para el personal médico que tuvo a su cargo a V1 desde su nacimiento hasta el 15 de septiembre de 2018 que se reportó. Además, no solicitaron valoración por especialista en cardiología, no iniciaron protocolo de estudio para determinar su origen, tratamiento en caso de ameritarlo, ni se le dio el seguimiento adecuado.

104. Del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que con su actuación y omisiones, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 incumplieron en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27, fracción III, 32, 33, fracción II y III, 51 y 77 bis

37, fracciones I, III y XVI, de la Ley General de Salud, que en términos generales, establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento igualmente apropiado, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V1.

105. A fin de garantizar una adecuada atención médica se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.¹⁷

106. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

107. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en: *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, en especial, en relación a la meta 3.8, cuya misión es: *“(…) Lograr la cobertura sanitaria universal, (…) incluíd[o] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (…)”*.

108. Por tanto, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo para garantizar una vida saludable y se promueva el bienestar para todas las personas a cualquier edad; por ello, se requiere reforzar los servicios hospitalarios a fin de que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a sus pacientes de manera adecuada y con base en los protocolos existentes para cada padecimiento.

¹⁷ Resolución 70/a de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, titulada *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*.

B. DERECHO A LA VIDA.

109. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos nacionales como internacionales, por lo que corresponde al Estado Mexicano a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

110. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)”*.¹⁸

111. El derecho humano a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección se encuentran previstas en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

112. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: 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 de quienes se encuentre bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.¹⁹

113. La CrIDH ha establecido que *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le*

¹⁸ Tesis Constitucional. *“Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”*. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011, y registro 16319.

¹⁹ CNDH, Recomendación 35/2016, párrafo 180.

garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)”²⁰, asimismo “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)”.²¹

114. Este Organismo Nacional ha sostenido que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”*.²²

115. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida, como se analizará en seguida.

B.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA VIDA DE V1.

116. V1 falleció el 27 de noviembre de 2018 con los diagnósticos de muerte por *“Choque Séptico Refractario, Sepsis con Foco Abdominal, Dehiscencia de Herida Quirúrgica e Infección de Herida Quirúrgica”*, padecimiento que, como se explicó con antelación, resultaron secundarios a las complicaciones presentadas por la dilación en la valoración y atención médica especializada que ameritaba V1, cuando se le diagnosticó *“Enterocolitis Necrosante”* en el HGR-72.

117. En la opinión médica especializada que elaboró esta Comisión Nacional respecto a la atención médica brindada a V1, se concluyó lo siguiente:

²⁰ CrIDH. Caso *Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Párrafo 144.

²¹ CrIDH. Caso *Familia Barrios vs. Venezuela*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

²² CNDH. Recomendación 75/2017. Párrafo 61.

“PRIMERA: La atención médica brindada a [V1], masculino Recién Nacido, en Hospital General Regional No. 72 “Lic. Vicente Santos Guajardo” del IMSS, en el Estado de México, del 06 de septiembre al 03 de noviembre de 2018, fue inadecuada, de acuerdo a lo siguiente:

A) Presentó sintomatología abdominal desde el 15 de septiembre de 2018 (a las 14:10 horas) manifestada con distensión abdominal y datos de sufrimiento de asas intestinales, confirmado mediante radiografía abdominal el diagnóstico de Enterocolitis Necrosante, fue hasta el siguiente día (16 de septiembre de 2018 a las 14:30) que solicitaron trasladarlo a un tercer nivel de atención por no contar con el especialista en Cirugía Pediátrica en ese turno ni haber presto cubrir su ausencia; no obstante, a pesar de ser aceptado, no se efectuó el envío.

B) A pesar de haberse solicitado valoración por el especialista en cirugía pediátrica desde el turno matutino, fue hasta el turno vespertino (16:00 horas) que lo valoró de forma tardía el especialista del mismo nosocomio, [AR6], hasta 48 horas después de iniciados los síntomas, tiempo suficiente para que el intestino presentara cambios catastróficos e irreversibles con necrosis del 95% y perforación, complicación que ameritó intervención quirúrgica en dos ocasiones en menos de 24 horas, con resección de una extensa porción del intestino grueso y delgado, lo cual ensombreció su pronóstico; siendo que el paciente necesitaba valoración especializada urgente desde que se estableció el diagnóstico de Enterocolitis Necrosante, en ese u otro nosocomio que tuviera disponible al especialista y la infraestructura idóneos, con la finalidad de evitar en medida de lo posible la necrosis intestinal tan extensa y las complicaciones catastróficas que posteriormente presentó, fue subestimada la urgencia y no trasladaron al paciente oportunamente, corroborándose con lo ya descrito que, existió una dilación en la valoración especializada y tratamiento quirúrgicos de este paciente grave; incumpliendo con esto, los médicos que tuvieron a su cargo al paciente los días 15, 16 y 17 de septiembre de 2018, [AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6],

con lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enterocolitis Necrosante del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, en el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ley General de Salud y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

SEGUNDA: La atención médica brindada a [V1] en Hospital General del Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS, en la Ciudad de México, del 03 al 27 de noviembre de 2018, fue adecuada, de acuerdo a lo siguiente:

A) Ingresó con datos de sepsis abdominal, por lo que le realizaron laboratorios, radiografías de abdomen y tórax; ingresó a la Unidad de Cuidados Intensos Pediátricos el 04 de noviembre de 2018, valorado durante su estancia por los especialistas en nefrología pediátrica, cirugía pediátrica, infectología pediátrica, gastroenterología pediátrica, hematología pediátrica, epidemiología y oftalmología pediátrica, realizando cada uno los ajustes pertinentes al tratamiento.

B) A pesar del adecuado tratamiento médico brindado, continuó inestable hemodinámicamente el resto de su estancia hospitalaria, el 27 de noviembre de 2018 a las 11:25 horas presentó bradicardia, que ameritó reanimación cardiopulmonar avanzada, sin mostrar respuesta, declarando la defunción a las 13:00 horas, con los diagnósticos de muerte Choque Séptico Refractario, Sepsis con Foco Abdominal, Dehiscencia de Herida Quirúrgica e Infección de Herida Quirúrgica; padecimientos todos graves, secundarios a las catastróficas complicaciones presentadas por la dilación en la valoración y atención médica especializada que ameritaba cuando se estableció el diagnóstico de Enterocolitis Necrosante, como ya se detalló; siendo que en este nosocomio de tercer nivel (CMN “La Raza”), las mencionadas complicaciones fueron diagnosticadas y tratadas adecuadamente; sin embargo, no mostró mejoría y finalmente falleció.

(...).”

118. De esta forma, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 incumplieron lo señalado en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica que dispone: “*Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)*” en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica: “*CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)*”.

119. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 inobservaron el “Código de conducta para el Personal de Salud 2002”, que en el rubro de “Estándares de trato profesional” establece en los puntos 2 y 3 lo siguientes: “*Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta*”, “*Se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes*”.

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

121. En el presente caso, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 debieron valorar adecuada e integralmente a V1 para evitar que su salud se agravara con las complicaciones que propiciaron la pérdida de su vida.

122. De lo expuesto, este Organismo Nacional concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1 previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud.

123. La elevación del riesgo permitido repercutió en el deterioro de su salud, así como en el posterior y lamentable fallecimiento de V1, vulnerando con ello su

derecho humano a la vida y lo establecido en los artículos 1° 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.

C. VIOLACIÓN AL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ, EN AGRAVIO DE V1.

124. La Convención sobre los Derechos del Niño,²³ en su artículo 3.1 dispone que *“[e]n todas 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.”*

125. El artículo 24.1 del referido instrumento internacional establece que: *“[l]os Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. (...)”*

126. Asimismo, en su artículo 24.2 inciso b) señala que: *“[l]os Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para (...) [a]segurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; (...)”*

127. La Observación General No. 14, “Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial” del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (Artículo 3, párrafo 1)²⁴ señala que *“La plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holísticas del niño y promover su dignidad humana (...)”*

²³ De observancia obligatoria para México al ratificarla el 21 de septiembre de 1990.

²⁴ Introducción, inciso A, numeral 5. Mayo de 2013.

128. En la misma Observación General 14, el Comité de los Derechos del Niño sostiene que el interés superior de la niñez es un concepto triple: *“un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y una norma de procedimiento.”*²⁵

129. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en el artículo 19 ilustra que todo niño, niña o adolescente debe recibir *“las medidas de protección que su condición de menor requiere (...).”*

130. La CrIDH reconoce la protección especial que deben tener los niños, al resolver que: *“(...) los niños[,] niñas [y adolescentes] tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos por parte [del] Estado. Además, 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 (...).”*²⁶

131. El artículo 4º constitucional, en su párrafo noveno dispone que *“[e]n todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos.”*

132. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha reconocido que las afectaciones al interés superior de la niñez requieren de un escrutinio estricto, lo cual implica que las autoridades deben brindar una protección reforzada en todos los casos y ámbitos en que, directa o indirectamente, se vean involucrados niñas, niños y adolescentes, ya que sus intereses deben protegerse siempre con una mayor intensidad.

²⁵ *Ibidem*, Introducción, p. 6 *“(...) a) el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial que se evalúe y tenga en cuenta el sopesar distintos intereses para tomar una decisión sobre una cuestión debatida, y la garantía de que ese derecho se pondrá en práctica siempre que se tenga que adoptar una decisión que afecte a un niño (...), b) si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá la interpretación que satisfaga de manera más efectiva el interés superior del niño, c) (...) siempre que se tenga que tomar una decisión que afecte a un niño en concreto (...), el proceso de adopción de decisiones deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la decisión en el niño (...).”* Véase Tesis constitucional *“Derecho de las niñas, niños y adolescentes. El interés superior del menor se rige como la consideración primordial que debe de fundarse en cualquier decisión que les afecte”*. Seminario Judicial de la Federación, enero de 2017, registro 2013385.

²⁶ *“Caso González y otras (‘Campo algodoner’) Vs. México”*, sentencia de 16 de noviembre de 2009 (Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas), párrafo 408.

133. El artículo 2º de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes establece en su segundo párrafo que “[e]l *interés superior de la niñez deberá ser considerado de manera primordial en la toma de decisiones sobre una cuestión debatida que involucre niñas, niños y adolescentes. Cuando se presenten diferentes interpretaciones se atenderá a lo establecidos en la Constitución y en los tratados internacionales de que México forma parte.*”

134. El artículo 5º de la citada Ley dispone que son niñas y niños las personas menores de doce años de edad.

135. Esta Comisión Nacional advierte con las evidencias reseñadas y analizadas que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y demás personal profesional de la salud que pudiera resultar responsable omitieron observar los anteriores preceptos de Derecho interno e internacional con carácter obligatorio para todas las autoridades del Estado Mexicano, al no ponderar ni considerar el interés superior de V1 en su calidad de niño, como criterio orientador primordial y de observancia obligatoria, por mandato constitucional y convencional, en todas las decisiones, procedimientos, actuaciones y actividades relacionadas con la atención médica proporcionada a V1, con lo cual lo expusieron a una situación de mayor vulnerabilidad en los hechos cometidos en su agravio y que le hicieron perder la vida, como fueron detallados en los apartados anteriores, pues su obligación era brindarle una mayor protección y salvaguarda en su persona e integridad.

136. En consecuencia, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, y AR6 vulneraron el interés superior de la niñez, al no haber considerado las condiciones mínimas que le garantizaran a V1 los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud implicaría “*una atención sanitaria de alta calidad que identifique las necesidades de salud de las personas de una forma total y precisa con recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite*”²⁷ con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención médica, con la cual se evita, previenen y mejoran los resultados adversos derivados de procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció, debido a que no se consideró que V1 formaba parte de un grupo vulnerable atento a su edad.

²⁷Secretaría de Salud. “Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”, 2013, p. 26.

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

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

138. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,²⁸ párrafo 27, consideró que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”*

139. En ese sentido, la CrIDH en el *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*, sostuvo que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”*²⁹

140. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 *“Del expediente clínico”*, establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).”*³⁰

141. Este Organismo Nacional, en la precitada Recomendación General 29/2017, expuso que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida

²⁸ CNDH. *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, 31 de enero de 2017.

²⁹ CrIDH. *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

³⁰ Introducción, párrafo segundo.

en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

142. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.³¹

143. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades que este Organismo Nacional advirtió en el caso de V1.

D.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

144. De la lectura y estudio realizado por esta Comisión Nacional al expediente clínico de V1, se advirtieron inobservancias a la NOM-004-SSA3-2012 “*Del expediente clínico*”, por parte del personal médico del HGR-72 del IMSS, debido a que el expediente está en desorden, hay notas médicas sin firma, nombres del personal médico interviniente incompletos, firmas ilegibles, y aun cuando dichas omisiones no repercutieron en la evolución al deterioro de V1, se dará intervención al Órgano Interno de Control del IMSS para que determine lo que en derecho proceda, por tales irregularidades.

145. Estas irregularidades en la integración y llenado de las notas médicas contenidas en el expediente clínico de V1 constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer la

³¹ CNDH, párrafo 34.

adecuada atención médica, pero también a las personas responsables de ésta con relación de las personas pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, con lo cual se vulnera el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de su atención médica en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

146. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012 *“Del expediente clínico”* ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben.

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

148. Cabe destacar que el 8 de septiembre de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la diversa NOM-024-SSA3-2010, *“que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud”*, la cual también es de observancia obligatoria en el sector público y para quienes presten servicios médicos de los sectores social y privado, que adopten sistemas de registros electrónicos en materia de salud; por ello, es indispensable que el IMSS considere su subsecuente aplicabilidad al ser considerado un: *“Sistema Informático que almacena los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser accesado por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su*

*principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integral la atención y cuidados de salud”.*³²

E. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS.

149. AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 incumplieron lo dispuesto en el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que dispone que “(...) *los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atienda en su jornada de labores. (...) El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.*”

150. De igual forma, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 incumplieron en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27, fracción III, 32, 33, fracción II y III, 51 y 77 bis 37, fracciones I, III y XVI, de la Ley General de Salud, que en términos generales establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico y tratamiento oportuno y certero, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas que vulneraron el derecho humano a la salud de V1, lo que le produjo la pérdida de la vida.

151. De lo anterior, se colige que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 era personal médico con la calidad de persona servidora pública al momento de ocurrir los hechos esgrimidos que vulneraron los derechos humanos de V1, también con su conducta afectó la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal, conforme a lo dispuesto en los artículos 7, fracciones I, V, VII y VIII y 49, fracción I de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

152. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como en el artículo 63 del

³² Manual del expediente clínico electrónico emitido por la Secretaría de Salud en el año 2011, 1ª edición, p.11.

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

152.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y quien resulte responsable con motivo de las irregularidades incurridas en la atención médica de V1 que derivó en la pérdida de su vida, así como respecto a la integración del expediente clínico.

152.2. Denuncia de hechos ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y quien resulte responsable, con motivo de la deficiente atención médica brindada a V1, que derivó en la pérdida de su vida.

153. La autoridad administrativa y ministerial encargadas de las investigaciones correspondientes, deberán tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación para que, en su caso, determine las responsabilidades de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y de quien resulte, en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V1.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

154. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr su 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.

155. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I; 7, fracciones I, III y VI; 26; 27, fracciones I, II, III, IV y V; 62, fracción I; 64, fracciones I, II y VII; 65 inciso c); 73, fracción V; 74, fracción VI; 75, fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96; 99, 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 al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, al interés superior de la niñez y a la vida de V1, V2 deberán ser inscritos en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para lo cual, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a esa Institución.

156. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y/o, en su caso, sancionar a los responsables.

157. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la CrIDH asumió que: *“(…) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, además precisó que *“(…) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”*.³³

158. Sobre el *“deber de prevención”*, la CrIDH sostuvo que: *“(…) abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las*

³³ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...).”³⁴

159. Esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Medidas de Rehabilitación.

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

161. De conformidad con lo establecido por los artículos 27 fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2, la atención psicológica y tanatológica correspondiente, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta su sanación física, psíquica y emocional con motivo de la violación a derechos humanos cometida en agravio de V1, que derivó en la pérdida de su vida.

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

ii. Medidas de Compensación.

163. La compensación, se encuentra establecida en los artículos 27, fracción III, 64 a 72 de la Ley General de Víctimas, la cual consiste en reparar el daño causado,

³⁴ “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.

sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: “(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia.”³⁵ Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación para que, en el ejercicio de sus atribuciones proceda conforme a Derecho.

164. A fin de cuantificar el monto de la compensación, deberán atenderse los siguientes parámetros:

- **Daño material.** Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la CrIDH como: las consecuencias 50/54 patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.
- **Daño inmaterial.** Comprende, tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas directas e indirectas.

iii. Medidas de Satisfacción.

165. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, la satisfacción comprende que el IMSS colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en ese Instituto y el Ministerio Público de la

³⁵ “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.

Federación correspondiente, en el seguimiento de la denuncia administrativa y en materia penal que se presentarán en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y quien resulte responsable, a fin de que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, e informe a esta Comisión Nacional su colaboración en las mismas.

iv. Medidas de no repetición.

166. De conformidad con lo establecido en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas, estas consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

167. Al respecto, las autoridades del IMSS deberán implementar un curso integral en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, a todo el personal médico de los servicios de pediatría y neonatología del HGR-72, en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como de la elaboración, integración, uso, manejo, archivo y conservación del expediente clínico y los documentos que lo integran, como herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud, en términos de lo dispuesto en la NOM-004-SSA3-2012, el cual deberá impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en la materia. El contenido de dicho curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad.

168. En el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal médico del HGR-72 del IMSS, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con debida diligencia, probidad y profesionalismo.

169. Lo anterior, de conformidad en lo previsto por el “Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”,³⁶ en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que esta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, procederá a la reparación integral del daño a V2, con motivo del deceso de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, así como se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral correspondiente para que se le otorgue atención psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones expuestas que incluya una compensación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en ese Instituto en la presentación y seguimiento de la queja que este Organismo Nacional formulará en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y quien resulte responsable, con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1 que derivaron en su fallecimiento, así como las relacionadas con la inadecuada integración del expediente clínico, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con la Fiscalía General de la República en la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional formulará en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y quien resulte responsable por la inadecuada atención

³⁶ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.

médica proporcionada a V1 que derivó en su fallecimiento, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Se diseñe y se imparta en un plazo máximo de tres meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral a todo el personal médico adscrito a los servicios de pediatría y neonatología del HGR-72 de ese Instituto, en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como de la elaboración, integración, uso, manejo, archivo y conservación del expediente clínico y los documentos que lo integran, como herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud, en términos de lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, debiendo asegurarse que entre las personas a las que se imparta se encuentren AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6. El contenido de dichos cursos podrá ser cursado de manera presencial y/o en línea, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que en el término de un mes, contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita diversa circular dirigida al personal médico adscrito a los servicios de pediatría y neonatología del HGR-72, en la que se le exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

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

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



tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

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

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA