



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

SÍNTESIS

1. El 10 de octubre de 2011, Q1, mujer de 28 años de edad, que se encontraba cursando las 34 semanas de gestación, presentó hipertensión arterial, por lo que acudió a la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, en donde el personal que la atendió la diagnosticó con un cuadro clínico de crisis hipertensiva y la remitió al Hospital General "B" de dicho Instituto en la citada entidad federativa.
2. Así las cosas, Q1 llegó al Hospital General "B" del ISSSTE, donde el médico que la valoró la diagnosticó con un cuadro clínico de 34 semanas de gestación y preeclampsia severa y determinó ingresarla a la Unidad de Tococirugía; al siguiente día le fue practicado un ultrasonido obstétrico, el cual reportó baja reserva fetoplacentaria, por lo que se indicó como plan de manejo realizarle una cesárea.
3. Al nacer V1 (producto) presentó un cuadro clínico de asfixia leve recuperada, síndrome de distrés respiratorio y probable periodo de adaptación pulmonar, por lo que, a partir de esa fecha y hasta el 14 de octubre de 2011, fue atendido por AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos al Hospital General "B" del ISSSTE; al respecto, Q1 señaló que al día siguiente un médico le indicó que debido al grave estado de salud del recién nacido sería necesario remitirlo a un hospital de tercer nivel.
4. Q1 agregó que una vez que le fue informado la necesidad del envío de V1 a otro nosocomio, el personal del Hospital General "B" del ISSSTE dejó de brindarle la atención médica que requería. El 16 de octubre de 2011, la víctima fue trasladada al Hospital Regional de Tula, donde a las 09:20 horas de ese mismo día perdió la vida, determinándose como causas de su muerte: sepsis neonatal temprana y enterocolitis necrotizante en recién nacido pretérmino de 36 semanas de gestación.
5. En consecuencia, el 9 de noviembre de 2011, Q1 presentó un escrito de queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, la cual, por razones de competencia, se remitió a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, radicándose con el número de expediente CNDH/1/2011/10059/Q.

Observaciones

6. Del análisis lógicojurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/ 2011/10059/Q, se contó con elementos que permitieron acreditar violaciones a los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos al Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, en atención a lo siguiente:
7. El 10 de octubre de 2011, Q1, mujer que cursaba un embarazo de 34 semanas de gestación, presentó hipertensión arterial, por lo que acudió a la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, donde le diagnosticaron un cuadro clínico de crisis hipertensiva, por lo que fue remitida al Hospital General "B" de ese Instituto en dicha entidad federativa, donde el personal médico la diagnosticó con un cuadro clínico de preeclampsia severa, e indicó como plan de manejo su ingreso a la Unidad de Tococirugía, suministrarle antihipertensivo a base de hidralazina y alfametildopa, así como

maduradores pulmonares para V1; debido a que el ultrasonido obstétrico arrojó un perfil biofísico de 6 de 10 (indicativo de baja reserva fetoplacentaria), el 11 de octubre de 2011, otro médico indicó como plan de manejo interrumpir el embarazo mediante cesárea, por lo que a las 11:55 horas, de ese día, se obtuvo a V1, producto masculino con un peso de 2,450 kilogramos, Apgar 6/9, 50 cm de talla, perímetros cefálico de 34.5 cm, torácico de 29 cm y abdominal de 29 cm.

8. A las 12:05 horas del 11 de octubre de 2011, V1 fue valorado por AR1, quien indicó como plan de manejo: ayuno, esquema de soluciones intravenosas para ocho horas a través de solución glucosada al 10 % 61 cc, gluconato de calcio 1cc, suministrarle vitamina K 1mg, cloranfenicol oftálmico, 2 mg de ranitidina cada ocho horas, mantener su balance hídrico, monitorear y graficar evacuaciones, uresis, curva térmica y glicemias capilares por turno, y realizarle un bilastix; asimismo, solicitó que le fueran practicados varios estudios a V1, tener cuidados con el cordón umbilical, vigilar su patrón respiratorio, mantenerlo eutérmico en incubadora, suministrarle de tres a cuatro litros de oxígeno por minuto, a través de casco cefálico, e ingresarlo a cunero patológico; finalmente, indicó que sería necesario estar pendiente de posibles eventualidades y reportar la mismas.
9. A las 12:40 horas de ese día, V1 fue valorado por AR1, quien lo diagnosticó con un cuadro clínico de recién nacido pretérmino con peso adecuado para su edad gestacional, asfixia leve recuperada, síndrome de distrés respiratorio y probable periodo de adaptación pulmonar; el perito médico de esta Comisión Nacional observó que AR1 omitió aplicar a la víctima surfactante exógeno para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria, cubrirlo con antibiótico, solicitar que se le tomara una radiografía de tórax y su traslado a un hospital de tercer nivel, a efectos de que se le proporcionara la atención que requería, desestimando que podría cursar con futuras complicaciones.
10. Posteriormente, a las 17:30 horas, el recién nacido fue valorado por AR2 y AR3, quienes lo encontraron con un cuadro clínico de glicemia capilar 57 md/dl (normal 60-100), glucosa de 113 mg/dl, temperatura de 36.5, leucocitos de 10.3 (normal de 6 a 10), hemograma sin datos de proceso infeccioso y dificultad respiratoria caracterizada por quejido ocasional, tiraje intercostal y control gasométrico con hiperoxemia.
11. El perito médico de este Organismo Nacional señaló que AR2 y AR3 no consideraron los resultados de laboratorio que reportaban cifras de azúcar en la sangre de V1 e implicaban que éste se encontraba cursando con un descontrol metabólico, cambiando de una hiperglucemia a hipoglucemia; asimismo, los leucocitos que presentaba eran indicativos del inicio de un proceso infeccioso y alteración metabólica; sin embargo, los citados servidores públicos omitieron agregar al plan de manejo el suministro de antibiótico y surfactante exógeno, y ordenar que se le practicara una radiografía de tórax y su traslado al siguiente nivel, a fin de que recibiera atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
12. En este tenor, a las 20:10 horas del 11 de octubre de 2011, AR4 reportó a V1 con dificultad respiratoria, campana cefálica con oxígeno, discreto tiraje intercostal bajo e indicó como plan de manejo suspender el suministro de puritan, mantener oxígeno a flujo libre y vigilar la evolución clínica del patrón respiratorio; sin embargo, dicho servidor público omitió administrar antibiótico y surfactante exógeno a la víctima, a pesar de que solamente tenía 10 horas de vida extrauterina y existían datos de que estaba consumiendo sus reservas para mantener un equilibrio metabólico; además, de que tampoco solicitó su remisión al tercer nivel de atención, negándole con ello el derecho a recibir una atención médica adecuada por especialistas en neonatología.

13. El 12 de octubre de 2011, a las 09:20 horas, AR1 indicó como plan de manejo de V1 que se le administraran soluciones, gluconato de calcio, ranitidina, oxígeno en casco cefálico, mantenerlo en incubadora, controlar su balance hídrico, supervisar sus evacuaciones y que se le realizaran estudios de laboratorio, como una biometría hemática y química sanguínea. Veinte minutos después, el citado servidor público encontró a la víctima con un cuadro clínico de asfixia recuperada, síndrome de distrés respiratoria leve y probable adaptación cardiopulmonar, con control gasométrico, acidosis compensada, hemograma sin datos de proceso infeccioso y en ayuno, limitándose a reajustar las soluciones que le estaban siendo suministradas.
14. A las 20:40 horas, AR5 reportó a V1 con función cardiopulmonar normal, buena evolución y señaló como plan de manejo tomarle una placa de abdomen, para estar en posibilidad de valorar el inicio de la alimentación, a través de la vía oral; al respecto, el perito médico de este Organismo Nacional observó que el citado servidor público omitió solicitar que se realizara una placa toracoabdominal de manera urgente, suministrarle antibiótico y enviarlo al tercer nivel de atención, minimizando al igual que los demás médicos tratantes el grado de complicación de la dificultad respiratoria, ya que se trataba de un recién nacido prematuro.
15. Posteriormente, AR1 ordenó que se le practicara a V1 una radiografía de control, la cual reportó inicio de enterocolitis necrotizante; no obstante ello, el citado servidor público indicó inadecuadamente alimentarlo a través de la vía oral y omitió suministrarle antibiótico y enviarlo al tercer nivel, a pesar de que para ese momento ya requería de atención especializada de manera urgente, provocando con ello que evolucionara el proceso séptico.
16. Además, V1 fue valorado desde las 22:40 horas del 13 de octubre de 2011 hasta las 21:40 horas del siguiente día, por AR1, AR2, AR4 y AR5, quienes en términos generales determinaron incrementar su alimentación por la vía oral, y AR5 indicó retirarlo de la incubadora, pasarlo a cunero y que, en caso de que tolerara el ambiente, fuera llevado a la habitación de Q1, con la finalidad de que le proporcionara alimentación materna.
17. El perito de esta Comisión Nacional observó que AR1, AR2, AR4 y AR5 omitieron suspender la alimentación vía oral e incluso incrementaron el aporte alimentario, situación que favoreció que la función intestinal de V1 se complicara, cuando lo adecuado era iniciar la vía oral, solamente con solución glucosada y por sonda nasogástrica, a fin de tener un control de los residuos; además, de que pasó inadvertido el padecimiento grave de enterocolitis necrotizante, en razón de que se desestimaron los datos arrojados por la radiografía abdominal, en la que se evidenciaba la presencia de gas en el intestino, situación que, precisamente, propició que la sepsis severa evolucionara.
18. Así las cosas, el 15 de octubre de 2011, V1 fue valorado por un médico pediatra adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE, quien lo reportó en malas condiciones generales, irritable, fontanela anterior normotensa, ictericia de zona kramer III, con piel reticular, mucosa oral seca, taquipnea (75X'), taquicardia de 175180X'', afebril, tolerando la vía oral, nivel abdominal con dibujo de asas, distensión, perímetro abdominal de 29 cm, resistencia muscular con dolor a la palpación de predominio derecho, evacuación líquida escasa, sin moco y con rasgos de sangre, e integró como diagnóstico: enterocolitis necrotizante y síndrome de respuesta inflamatoria.

19. Asimismo, el mencionado galeno adecuadamente indicó como plan de manejo: ayuno, colocarle una sonda gástrica a derivación, control de líquidos, administrarle gluconato de calcio y sulfato de magnesio, practicarle una radiografía toracoabdominal y estudios de laboratorio, tales como biometría hemática, electrolitos séricos, gasometría arterial y bilirrubinas, foto terapia y aplicarle un doble esquema de antibióticos a base de cefotaxima y amikacina; además de que solicitó su traslado al tercer nivel de atención.
20. Al respecto, el perito de esta Comisión Nacional observó que si bien dicho servidor público le proporcionó a V1 la atención médica que requería, para ese momento su estado de salud ya era muy grave, por lo que continuó deteriorándose, situación por la cual el padre de V1 solicitó su egreso, a fin de trasladarlo al Hospital del Niño perteneciente al Sistema de Desarrollo Integral de la Familia en el estado de Hidalgo; sin embargo, en dicho nosocomio no fue posible ingresarlo, por lo que nuevamente fue llevado al Hospital General "B" del ISSSTE, donde se indicó su internamiento, hasta que otro hospital de tercer nivel estuviera en condiciones de recibirlo.
21. En este orden de ideas, a las 00:30 horas del 16 de octubre de 2011, V1 fue trasladado al Hospital Regional de Tula, perteneciente a los Servicios de Salud Hidalgo de la Secretaría de Salud de la citada entidad federativa, donde a las 09:20 horas de ese mismo día perdió la vida, señalándose en el acta de defunción como causas de su muerte: sepsis neonatal temprana y enterocolitis necrotizante en recién nacido pretérmino de 36 semanas de gestación.
22. Las omisiones en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 implicaron que el padecimiento de V1 se complicara con una enterocolitis necrotizante, que no fue diagnosticada y tratada oportunamente, favoreciendo con ello un proceso séptico, que tuvo como consecuencia que perdiera la vida, convalidándose así la relación causaefecto entre la inadecuada atención médica y el fallecimiento de la víctima, y con ello la responsabilidad institucional que en materia de Derechos Humanos le es atribuible a servidores públicos del ISSSTE, vulnerándose los derechos a la vida y a la protección de la salud.

Recomendaciones

- PRIMERA.** Reparar el daño ocasionado a Q1, o quien tenga mejor derecho a ello.
- SEGUNDA.** Diseñar e impartir a la totalidad de los servidores públicos de los hospitales de ese Instituto, especialmente en el Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, un Programa Integral de Educación, Formación y Capacitación en Materia de Derechos Humanos, y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas.
- TERCERA.** Emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas.
- CUARTA.** Adoptar medidas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen los servidores públicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados y protegidos.
- QUINTA.** Colaborar con esta Comisión Nacional en el trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno del Control en ese Instituto.
- SEXTA.** Colaborar en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República.

RECOMENDACIÓN No. 65/2012

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE LA VIDA EN EL HOSPITAL GENERAL "B" DEL ISSSTE, EN PACHUCA, HIDALGO, EN AGRAVIO DE V1, MENOR DE EDAD.

México, D.F., a 29 de noviembre de 2012.

**LIC. SERGIO HIDALGO MONROY PORTILLO
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

Distinguido señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero; 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136, de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2011/10059/Q, relacionados 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 sean divulgados, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 10 de octubre de 2011, Q1, mujer de 28 años de edad, que se encontraba cursando las 34 semanas de gestación, presentó hipertensión arterial, por lo que acudió a la Unidad de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Pachuca, Hidalgo, en donde el personal que la atendió, la diagnosticó con un cuadro clínico de crisis

hipertensiva y la remitió al Hospital General “B” de dicho Instituto en la citada entidad federativa.

4. Así las cosas, Q1 llegó al Hospital General “B” del ISSSTE, donde el médico que la valoró la diagnosticó con un cuadro clínico de 34 semanas de gestación y preeclampsia severa y determinó ingresarla a la Unidad de Tococirugía; al siguiente día, le fue practicado un ultrasonido obstétrico, el cual reportó baja reserva fetoplacentaria, por lo que un galeno indicó como plan de manejo, realizarle una cesárea, misma que se llevó acabo alrededor de las 11:55 horas.

5. Sin embargo, al nacer V1 (producto) presentó un cuadro clínico de asfixia leve recuperada, síndrome de distrés respiratorio y probable periodo de adaptación pulmonar, por lo que, a partir de esa fecha y hasta el 14 de octubre de 2011, fue atendido por AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos al servicio de Pediatría del Hospital General “B” del ISSSTE; al respecto, Q1 señaló que al día siguiente, un médico le indicó que debido al grave estado de salud del recién nacido, sería necesario remitirlo a un hospital de tercer nivel.

6. Q1 agregó, que una vez que le fue informado la necesidad del envío de V1 a otro nosocomio, el personal del Hospital General “B” del ISSSTE, dejó de brindarle la atención médica que requería e incluso no le fue colocado el catéter que previamente le habían manifestado que su hijo necesitaría.

7. En este orden de ideas, el 16 de octubre de 2011, la víctima fue trasladada al Hospital Regional de Tula perteneciente a los Servicios de Salud Hidalgo de la Secretaría de Salud, donde a las 09:20 horas de ese mismo día, perdió la vida, determinándose como causas de su muerte: sepsis neonatal temprana, y enterocolitis necrotizante en recién nacido pretérmino de 36 semanas de gestación.

8. En consecuencia, el 9 de noviembre de 2011, Q1 presentó escrito de queja ante la Comisión de Derechos Humanos del estado de Hidalgo, la cual por razones de competencia se remitió a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, radicándose con el número de expediente CNDH/1/2011/10059/Q. Ante ello, se solicitaron los informes y expedientes clínicos respectivos a la Dirección General del ISSSTE.

II. EVIDENCIAS

9. Escrito de queja presentado por Q1, el 9 de noviembre de 2011, ante la Comisión de Derechos Humanos del estado de Hidalgo, remitido en razón de competencia a este organismo nacional, a través del oficio No. 4349, del 14 de ese mes y año.

10. Constancias de los expedientes clínicos de Q1 y V1, e informes generados con motivo de la atención médica que se les proporcionó en el Hospital General “B” del ISSSTE en Pachuca, Hidalgo, enviados a esta Comisión Nacional a través del oficio No. SG/SAD/JSCDQR/582/12, de 24 de enero de 2012, por el jefe de

servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Rembolsos de dicho instituto, de los que destacaron:

- a. Hoja de solicitud de referencia y contrareferencia de Q1, emitida el 10 de octubre de 2011, por personal de la Unidad de Medicina Familiar de ese instituto, en Pachuca, Hidalgo.
- b. Hoja de urgencias de Q1, emitida por personal del Hospital General "B" del ISSSTE, en la que se indicó que la quejosa ingresó a ese nosocomio a las 18:26 horas del 10 de octubre de 2011.
- c. Registro de tensión arterial horaria de Q1, emitido el 10 de octubre de 2011, en la que se le diagnosticó preeclampsia, y se precisó la curva horaria de la frecuencia cardiaca.
- d. Hoja de servicio de ultrasonido de Q1, elaborada el 11 de octubre de 2011, por personal adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, en el que se precisó entre otras cosas, que V1 presentaba cordón umbilical a cuello.
- e. Hoja de identificación del recién nacido, elaborada a las 11:55 horas del 11 de octubre de 2011, por personal adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, en la que se señalaron las condiciones en que nació V1.
- f. Notas de indicaciones médicas de V1, emitidas a las 12:05, 13:50 y 17:40 horas del 11 de octubre de 2011, por AR1 y AR2, médicos adscritos al servicio de Pediatría del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.
- g. Nota de nacimiento e ingreso a cunero de V1, elaborada a las 12:40 horas del 11 de octubre de 2011 por AR1, médico adscrito al servicio de Pediatría del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.
- h. Nota de evolución vespertina de la víctima, emitida a las 17:30 horas del 11 de octubre de 2011 por AR2 y AR3, médicos adscritos al servicio de Pediatría del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, en la que se diagnosticó a V1 con asfixia leve recuperada, síndrome de distrés respiratorio y periodo de adaptación cardiopulmonar.
- i. Nota de evolución vespertina de V1, elaborada a las 22:10 horas del 11 de octubre de 2011 por AR4 médico adscrito al servicio de Pediatría del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, en la que se indicó como diagnóstico: asfixia leve recuperada y síndrome de adaptación pulmonar en remisión.
- j. Nota de indicaciones médicas de V1, emitida a las 09:20 horas del 12 de octubre de 2011 por AR1, médico adscrito al servicio de Pediatría del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.
- k. Nota de evolución matutina de V1, elaborada a las 09:40 horas del 12 de octubre de 2011 por AR1, médico adscrito al servicio de Pediatría del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.
- l. Notas clínicas nocturna e indicaciones médicas de V1, realizadas a las 20:40 horas del 12 de octubre de 2011 por AR5, médico adscrito al servicio de Pediatría del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.
- m. Notas de evolución matutina e indicaciones médicas de V1, emitidas a las 09:40 y 10:00 horas del 13 de octubre de 2011 por AR1, médico adscrito al

servicio de Pediatría del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.

- n. Nota de indicaciones médicas de V1, elaborada a las 21:10 horas del 13 de octubre de 2011 por personal médico adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.
- o. Nota de evolución nocturna de V1, emitida a las 22:40 horas del 13 de octubre de 2011 por AR4, médico adscrito al servicio de Pediatría del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.
- p. Notas de evolución matutina e indicaciones médicas de V1, emitida a las 09:40 horas del 14 de octubre de 2011, por AR1, médico adscrito al servicio de Pediatría del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.
- q. Notas de indicaciones médicas matutina y nocturna de V1, realizadas a las 09:40 y 21:40 horas del 14 de octubre de 2011 por AR5, médico adscrito al servicio de Pediatría del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.
- r. Nota de evolución vespertina de V1, elaborada a las 15:55 del 14 de octubre de 2011 por AR2, médico adscrito al servicio de Pediatría del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.
- s. Notas de indicaciones médicas, evolución y agregadas de V1, elaboradas a las 09:40, 10:20, 13:00, 15:20, 17:00 y 23:00 horas del 15 de octubre de 2011 por personal médico adscrito al servicio de Pediatría del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.
- t. Hoja de alta voluntaria de V1, emitida el 15 de octubre de 2011 por personal adscrito al Área de Trabajo Social del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.
- u. Nota de evolución nocturna y egreso hospitalario de V1, elaborada a las 23:00 horas del 15 de octubre de 2011 por un médico que no se pudo identificar, adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.
- v. Hoja sin membrete y nombre de V1, elaborada a las 23:00 horas del 15 de octubre de 2011 por un médico adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, en la que se determinó suspender las soluciones suministradas anteriormente.
- w. Tarjeta informativa de V1, emitida a las 00:30 horas del 16 de octubre de 2011 por el asistente de la dirección adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.
- x. Nota agregada de V1, realizada a las 04:00 horas del 16 de octubre de 2011 por un médico adscrito al servicio de Pediatría del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.
- y. Resumen de atención médica proporcionada a Q1 y V1, elaborado el 11 de enero de 2012 por la coordinadora del Área de Ginecobstetricia del Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.

11. Acta de defunción de V1, en la que se precisaron como fecha y hora de fallecimiento las 09:20 horas del 16 de octubre de 2011, y se indicaron como causas de muerte: sepsis neonatal temprana y enterocolitis necrotizante, recién nacido pretérmino con 36 semanas de gestación; remitido a esta Comisión Nacional, el 8 de junio de 2012 por Q1.

12. Opinión médica emitida el 15 de octubre de 2012, por un perito médico de esta Comisión Nacional que conoció del asunto, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a Q1 y V1, en el Hospital General "B" del ISSSTE en Pachuca, Hidalgo.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

13. El 10 de octubre de 2011, Q1, mujer de 28 años de edad que cursaba con un embarazo de 34 semanas de gestación, presentó hipertensión arterial, por lo que acudió a la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, en donde el personal médico la remitió al Hospital General "B" de ese instituto, lugar en el que, el personal médico determinó ingresarla a la Unidad de Tococirugía, a efecto de realizarle una cesárea.

14. Posteriormente, alrededor de las 11:55 horas del 11 de octubre de 2011, se registró el nacimiento de V1, quien fue valorado desde ese momento y hasta el 14 de ese mes y año, por los médicos AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, quienes omitieron otorgarle el tratamiento adecuado para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria que presentó, así como realizarle los estudios necesarios y trasladarlo a un nosocomio de tercer nivel, en el que pudieran darle la atención médica que requería.

15. Ahora bien, el 14 de octubre de 2011, V1 fue diagnosticado por un médico del citado nosocomio, con un cuadro clínico de enterocolitis necrotizante, padecimiento grave que pasó desapercibido para AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5; Finalmente, el 16 de ese mismo mes y año, V1 fue trasladado al Hospital Regional de Tula, perteneciente a los Servicios de Salud Hidalgo de la Secretaría de Salud, en esa entidad federativa, donde falleció a las 09:20 horas, indicándose como causas de muerte en el acta de defunción: sepsis neonatal temprana y enterocolitis necrotizante, en recién nacido pretérmino con 36 semanas de gestación.

16. Al respecto, es importante precisar que a la fecha de elaboración de la presente recomendación no se tuvieron constancias de que se hubiera iniciado averiguación previa o procedimiento alguno relacionado con los hechos.

IV. OBSERVACIONES

17. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2011/10059/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se contó con elementos que permitieron evidenciar violaciones a los derechos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1, atribuibles a AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, personal médico adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE en Pachuca, Hidalgo, en atención a lo siguiente:

18. El 10 de octubre de 2011, Q1, mujer que cursaba un embarazo de 34 semanas de gestación, presentó hipertensión arterial, por lo que acudió a la Unidad de

Medicina Familiar del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, donde le diagnosticaron un cuadro clínico de crisis hipertensiva, por lo que fue remitida al Hospital General "B" de ese instituto en dicha entidad federativa, donde el personal médico a su exploración física la encontró con: tensión arterial de 160/100 mmHg, abdomen globoso a expensas de útero gestante, con producto único vivo, frecuencia cardíaca fetal de 144 latidos por minuto y edema de miembros inferiores.

19. Toda vez que Q1 fue diagnosticada con un cuadro clínico de preeclampsia severa, se indicó como plan de manejo, su ingreso a la Unidad de Tococirugía para que se le realizara un perfil biofísico, suministrarle antihipertensivo a base de hidralazina y alfametildopa, así como maduradores pulmonares para V1.

20. Ahora bien, debido a que el reporte de ultrasonido obstétrico arrojó un perfil biofísico de 6 de 10 (indicativo de baja reserva fetoplacentaria), el 11 de octubre de 2011, otro médico del citado nosocomio, indicó como plan de manejo interrumpir el embarazo mediante cesárea; por lo que a las 11:55 horas, de ese día, se obtuvo a V1, producto masculino con un peso de 2,450 kilogramos, Apgar 6/9, 50 cm de talla, perímetros cefálico de 34.5 cm, torácico de 29 cm y abdominal de 29 cm.

21. En este orden de ideas, a las 12:05 horas del 11 de octubre de 2011, V1 fue valorado por AR1, médico adscrito al servicio de Pediatría del Hospital General "B" del ISSSTE, quien indicó como plan de manejo: ayuno, esquema de soluciones intravenosas para 8 horas a través de solución glucosada al 10% 61 cc, gluconato de calcio 1cc, suministrarle vitamina K 1mg, cloranfenicol oftálmico, 2 mg de ranitidina cada 8 horas, mantener su balance hídrico, monitorear y graficar evacuaciones, uresis, curva térmica y glicemias capilares por turno, realizarle un bilastix, a efecto de medir la presencia de glucosa, cetonas, bilirrubinas, proteínas y ph.

22. Aunado a lo anterior, el citado servidor público, solicitó que le fueran practicados varios estudios a V1, tales como: biometría hemática, química sanguínea, de electrolitos séricos y enzimas cardíacas; así como, tener cuidados con el cordón umbilical, vigilar su patrón respiratorio, mantenerlo eutérmico en incubadora, suministrarle de tres a cuatro litros de oxígeno por minuto, a través de casco cefálico e ingresarlo a cunero patológico; finalmente, indicó que sería necesario estar al pendiente de posibles eventualidades y reportar la mismas.

23. Asimismo, a las 12:40 horas de ese día, V1 fue valorado por AR1, quien lo diagnosticó con un cuadro clínico de: recién nacido pretérmino con peso adecuado para su edad gestacional, asfixia leve recuperada, síndrome de distrés respiratorio y probable periodo de adaptación pulmonar.

24. Al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional que conoció del caso, observó que AR1 omitió aplicar a V1, surfactante exógeno para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria, cubrirlo con antibiótico, solicitar que se le tomara una radiografía de tórax y su traslado a un hospital de tercer nivel, a efecto de que se le proporcionara la atención que requería, desestimando que el paciente

podría cursar con futuras complicaciones, incumpliendo así con el contenido de la Guía de Referencia Rápida de Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido.

25. Posteriormente, a las 17:30 horas, el recién nacido fue valorado por AR2 y AR3, médicos pediatras del citado nosocomio, quienes lo encontraron con un cuadro clínico de: glicemia capilar 57 md/dl (normal 60-100), glucosa de 113 mg/dl, temperatura de 36.5, leucocitos de 10.3 (normal de 6 a 10), hemograma sin datos de proceso infeccioso y dificultad respiratoria caracterizada por quejido ocasional, tiraje intercostal y control gasométrico con hiperoxemia.

26. En ese sentido, el perito médico de este organismo nacional, señaló que AR2 y AR3, no consideraron los resultados de laboratorio que reportaban cifras de azúcar en la sangre de V1 e implicaban que éste se encontraba cursando con un descontrol metabólico, cambiando de una hiperglucemia a hipoglucemia; asimismo, los leucocitos que presentaba, eran indicativos del inicio de un proceso infeccioso y alteración metabólica; sin embargo, los citados servidores públicos, omitieron agregar al plan de manejo el suministro de antibiótico, surfactante exógeno y ordenar que se le practicara una radiografía de tórax y su traslado al siguiente nivel, a fin de que recibiera atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, incumpliendo, así con la Guía de Referencia Rápida de Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido.

27. En este tenor, a las 20:10 horas del 11 de octubre de 2011, AR4, médico pediatra adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE, reportó a V1 con dificultad respiratoria, campana cefálica con oxígeno, discreto tiraje intercostal bajo e indicó como plan de manejo, suspender el suministro de puritan, mantener oxígeno a flujo libre y vigilar la evolución clínica del patrón respiratorio.

28. Derivado de lo anterior, el perito médico de esta Comisión Nacional, advirtió que AR4 omitió administrar antibiótico y surfactante exógeno a la víctima, a pesar de que solamente tenía 10 horas de vida extrauterina y existían datos de que estaba consumiendo sus reservas para mantener un equilibrio metabólico; además, de que tampoco solicitó su remisión al tercer nivel de atención, negándole con ello, el derecho a recibir una atención médica adecuada por especialistas en Neonatología.

29. El 12 de octubre de 2011, a las 09:20 horas, AR1 indicó como plan de manejo de V1, que se le administraran soluciones, gluconato de calcio, ranitidina, oxígeno en casco cefálico, mantenerlo en incubadora, controlar su balance hídrico, supervisar sus evacuaciones y que se le realizaran estudios de laboratorio, como una biometría hemática y química sanguínea.

30. Veinte minutos después, nuevamente AR1 valoró a V1, encontrándolo con un cuadro clínico de asfixia recuperada, síndrome de distrés respiratoria leve y probable adaptación cardiopulmonar, con control gasométrico, acidosis

compensada, hemograma sin datos de proceso infeccioso y en ayuno, limitándose a reajustar las soluciones que le estaban siendo suministradas.

31. Igualmente, a las 20:40 horas, AR5 reportó a V1, con función cardiopulmonar normal, buena evolución y señaló como plan de manejo, tomarle una placa de abdomen, para estar en posibilidad de valorar el inicio de la alimentación, a través de la vía oral; al respecto, el perito médico de este organismo nacional observó que el citado servidor público omitió solicitar que se realizara una placa toracoabdominal de manera urgente, suministrarle antibiótico y enviarlo al tercer nivel de atención, minimizando al igual que los demás médicos tratantes, el grado de complicación de la dificultad respiratoria, ya que se trataba de un recién nacido prematuro.

32. Ahora bien, se advirtió que a las 09:40 horas del día siguiente, AR1 ordenó que se le practicara a V1 una radiografía de control, la cual reportó presencia de gas intestinal y distal, es decir, con datos indicativos de inicio de enterocolitis necrotizante; no obstante ello, el citado servidor público, indicó inadecuadamente alimentarlo, a través de la vía oral y omitió suministrarle antibiótico y enviarlo al tercer nivel de atención, a pesar de que para ese momento ya requería de atención especializada de manera urgente; provocando con ello, que evolucionara el proceso séptico.

33. Además, V1 fue valorado desde las 22:40 horas del 13 de octubre de 2011 hasta las 21:40 horas del siguiente día, por AR1, AR2, AR4 y AR5, quienes en términos generales, determinaron incrementar su alimentación por la vía oral y AR5 indicó retirarlo de la incubadora, pasarlo a cunero y que, en caso de que tolerara el ambiente, fuera llevado a la habitación de Q1, con la finalidad de que le proporcionara alimentación materna.

34. En este sentido, el perito de esta Comisión Nacional observó que AR1, AR2, AR4 y AR5 omitieron suspender la alimentación vía oral e incluso incrementaron el aporte alimentario, situación que favoreció que la función intestinal de V1 se complicara; cuando lo adecuado era iniciar la vía oral, solamente con solución glucosada y por sonda nasogástrica, a fin de tener un control de los residuos; además, de que pasó desapercibido el padecimiento grave de enterocolitis necrotizante, en razón de que se desestimaron los datos arrojados por la radiografía abdominal, en la que se evidenciaba la presencia de gas en el intestino, situación que, precisamente, propició que la sepsis severa evolucionara.

35. Así las cosas, el 15 de octubre de 2011, V1 fue valorado por un médico pediatra adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE, quien lo reportó: en malas condiciones generales, irritable, fontanela anterior normotensa, ictericia de zona kramer I-II, con piel reticular, mucosa oral seca, taquipnea (75X'), taquicardia de 175-180X'",afebril, tolerando la vía oral, nivel abdominal con dibujo de asas, distensión, perímetro abdominal de 29 cm, resistencia muscular con dolor a la palpación de predominio derecho, evacuación líquida escasa, sin moco y con rasgos de sangre; e integró como diagnóstico: enterocolitis necrotizante y síndrome de respuesta inflamatoria.

36. Asimismo, el mencionado galeno, adecuadamente indicó como plan de manejo: ayuno, colocarle una sonda gástrica a derivación, control de líquidos, administrar gluconato de calcio y sulfato de magnesio, practicarle una radiografía toracoabdominal y estudios de laboratorio, tales como biometría hemática, electrolitos séricos, gasometría arterial y bilirrubinas, foto terapia y aplicarle un doble esquema de antibióticos a base de cefotaxima y amikacina; además de que, solicitó su traslado al tercer nivel de atención.

37. Al respecto, el perito de esta Comisión Nacional, observó que si bien, dicho servidor público le proporcionó a V1, la atención médica que requería, para ese momento su estado de salud ya era muy grave, por lo que continuó deteriorándose, situación por la cual el padre de V1 solicitó su egreso, a fin de trasladarlo al Hospital del Niño perteneciente al Sistema de Desarrollo Integral de la Familia en el estado de Hidalgo; sin embargo, en dicho nosocomio no fue posible ingresarlo, por lo que nuevamente fue llevado al Hospital General "B" del ISSSTE, donde se indicó su internamiento, hasta que otro hospital de tercer nivel estuviera en condiciones de recibirlo.

38. En este orden de ideas, a las 00:30 horas del 16 de octubre de 2011, V1 fue trasladado al Hospital Regional de Tula, perteneciente a los Servicios de Salud Hidalgo de la Secretaría de Salud de la citada entidad federativa, donde a las 09:20 horas de ese mismo día, perdió la vida, señalándose en el acta de defunción como causas de su muerte: sepsis neonatal temprana y enterocolitis necrotizante en recién nacido pretérmino de 36 semanas de gestación.

39. Las omisiones en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos al Hospital General "B", del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, implicaron que el padecimiento de V1 se complicara con una enterocolitis necrotizante, que no fue diagnosticada y tratada oportunamente, favoreciendo con ello, un proceso séptico, que tuvo como consecuencia que perdiera la vida, convalidándose así la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica y el fallecimiento de la víctima, y con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos le es atribuible a servidores públicos del ISSSTE.

40. AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, también dejaron de observar el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio; la cual ha sido mencionada en las recomendaciones 05/2011, 37/2011, 06/2012, emitidas por esta Comisión Nacional, haciendo hincapié en la importancia que tiene precisamente llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica que permita detectar en forma oportuna el sufrimiento fetal del producto.

41. La citada Norma Oficial Mexicana establece con claridad que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para el niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de

actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas, que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos; asimismo, indica que las instituciones de salud deben promover que la atención del recién nacido pretérmino se realice en unidades de segundo o tercer nivel por personal especializado y que los cuidados de este y signos de alarma requieren de atención médica urgente.

42. Las acciones propuestas en la referida Norma Oficial Mexicana tienden a favorecer, entre otros aspectos, el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y a prevenir la aparición de complicaciones; a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida, y adicionalmente a brindar una atención con mayor calidez.

43. Además de lo anterior, no pasó desapercibido para este organismo nacional que el expediente clínico de V1, en varias de las notas generadas con motivo de la atención proporcionada, presentaban irregularidades, tales como su ilegibilidad, desorden cronológico, ausencia de los nombres completos, cargos, rangos, matrículas y especialidades de los médicos tratantes para su identificación.

44. Las irregularidades mencionadas son una constante preocupación para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado del paciente a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también con ello, el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

45. Esta situación, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos por este organismo nacional en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012 y 58/2012, en las que se señalaron precisamente, las irregularidades en las que incurre el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

46. La sentencia del caso "*Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*", de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el numeral 68 refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento y constituirse en una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

47. Debe señalarse que los pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que se citan en la presente recomendación son de observancia obligatoria para el Estado mexicano, de conformidad con el artículo 62, en sus numerales 1 y 2; y del reconocimiento de su competencia contenciosa,

de conformidad con el decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* de 24 de febrero de 1999.

48. Por ello, la falta del expediente o la deficiente integración del mismo, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

49. En consecuencia, AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5, médicos adscritos al Hospital General "B", del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida, en agravio de V1, contenidos en los artículos 4, párrafo cuarto, y 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27, fracciones III y IV; 32, 33 y 51, primera párrafo, de la Ley General de Salud; 8, 9 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 1, 15, 20, 25, 27, 43 y 44, del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; 27 y 29, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, así como el contenido de las Norma Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, y NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico y de la "Guía de Referencia Rápida de Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido".

50. De igual forma, los citados servidores públicos, con sus omisiones, dejaron de observar las disposiciones relacionadas con los derechos a la vida y a la protección de la salud, previstas en los instrumentos jurídicos internacionales, celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia a las personas, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero y segundo, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

51. En este sentido, los numerales I y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; así como 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en síntesis, ratifican el contenido de los preceptos constitucionales citados, señalando la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, y establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad, y de adoptar para ello las medidas necesarias.

52. Al respecto, la Corte Interamericana ha señalado en varias de sus sentencias, que el cumplimiento de las obligaciones impuestas por el artículo 4, de la Convención Americana, relacionado con el artículo 1.1 de la misma, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además, a la luz de su obligación de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, requiere que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de todos quienes se encuentren bajo su jurisdicción. La protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a toda institución estatal.

53. Para esta Comisión Nacional, resultó importante destacar que las violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V1, tuvieron una consideración especial en razón de su vulnerabilidad por ser menor de edad, ya que los agravios cometidos en su contra, al ser analizados atendiendo al interés superior del niño, contemplado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales en la materia, implicaba que V1 recibiera una atención prioritaria e inmediata por parte del personal del Hospital General "B", del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo.

54. En este tenor, el artículo 3, de la Convención sobre los Derechos del Niño señala que las autoridades deben de atender el interés superior de la niñez, es decir, que para la toma de cualquier decisión o medida por parte de las mismas es necesario considerar, de manera previa y preferente, el bienestar de los menores y favorecer a su mejor desarrollo. La salvaguarda de los derechos del menor y el cuidado de su integridad debe prevalecer sobre cualquier otro interés.

55. Ahora bien, es preciso reconocer que la protección a la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.

56. En este sentido, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que afirmó que dicho derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y a la información), aceptabilidad, y calidad.

57. Es importante mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el presente caso, el personal adscrito al Hospital General "B" del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, debió considerar el interés

superior del paciente, realizando una adecuada valoración que les permitiera emitir un diagnóstico certero, y con ello proporcionarle a V1, la atención médica que requería, con la calidad que debe imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.

58. De la misma manera, el personal del Hospital General “B” del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, incurrió en un probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I, y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que prevén la obligación que tienen éstos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

59. Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 1, 2, y 9, de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública deberá incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

60. Al respecto, el artículo 3, fracción XXII, del Reglamento de Quejas Médicas y Solicitudes de Reembolso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado indica que el Instituto será corresponsable, objetivamente, con el personal médico en las acciones y omisiones en la prestación de los servicios de salud a los pacientes.

61. De igual forma, con fundamento en los artículos 1, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existieron elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, además de que formule la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra del personal de Hospital General “B” de ese Instituto, en Pachuca, Hidalgo.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Reparar el daño ocasionado a Q1, o quien tenga mejor derecho a ello, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital General “B” del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, adoptando las medidas necesarias para ello y enviando a este organismo nacional, las pruebas con las que acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Diseñar e impartir a la totalidad de los servidores públicos de los hospitales de ese Instituto a su cargo, especialmente en el Hospital General “B” del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, un Programa Integral de Educación, Formación y Capacitación en materia de Derechos Humanos, y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, con el objetivo de evitar irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento; enviando a esta Comisión Nacional, los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que la reciba, en los cuales se refleje su impacto efectivo.

TERCERA. Emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General “B” del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

CUARTA. Adoptar medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen los servidores públicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, especialmente los adscritos al Hospital General “B” del ISSSTE, en Pachuca, Hidalgo, con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados y protegidos, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Colaborar ampliamente con esta Comisión Nacional en el trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno del Control en ese Instituto, en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

SEXTA. Colaborar ampliamente en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este organismo nacional formule ante la Procuraduría General de la República, a fin de que se inicie la averiguación previa que en derecho corresponda, por tratarse de servidores públicos federales los involucrados y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

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

64. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, le solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

65. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.

66. La falta de presentación de pruebas, dará lugar a que se interprete que la presente recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia para que justifique su negativa.

EL PRESIDENTE
DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA