

Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

SÍNTESIS:

1. Los días 13 y 26 de octubre de 2010, personal del Hospital General Regional Núm. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro”, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), diagnosticó a V1, niña de 1 año y 6 meses de edad, con un cuadro clínico de hiperplasia histiocítica sinusoidal e histiocitosis de células de Langerhans. de acuerdo con el dicho de Q1, el estado de salud de su hija V1 evolucionó de manera favorable; sin embargo, en el mes de septiembre de 2011 fue valorada por una especialista en Hematología, quien señaló que el reporte de hemoglobina había salido bajo, por lo que sería necesario realizarle otros estudios, brindarle apoyo transfusional y suministrarle ácido fólico.
2. El 2 de octubre de 2011, V1 presentó inflamación en la parte posterior del oído izquierdo y dificultad respiratoria. Q1 la trasladó al servicio de Urgencias del Hospital General Regional Núm. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro”, donde 10 minutos después AR1 indicó que la menor presentaba un cuadro clínico de linfoma canceroso. A las 04:15 horas fue ingresada al área de Pediatría-Lactantes; minutos después, una enfermera refirió a Q1 que su hija no debía permanecer con otros niños, por lo que la trasladó a un cuarto; una hora después, V1 fue valorada por AR2, quien, de acuerdo con el dicho de la quejosa, le refirió que su hija se veía muy mal, a lo que le respondió que únicamente le habían suministrado suero; ante esto, la mencionada servidora pública cuestionó a Q1 por qué no había trasladado a su hija al Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, de ese instituto.
3. Después otro médico ingresó al cuarto en el que se encontraba V1 y le preguntó a AR2 desde qué hora había sido internada. AR2 le indicó que a las 02:00 horas de ese día, ante lo cual el médico se molestó y ordenó que le proporcionaran atención. La víctima perdió la vida a las 06:45 horas del 2 de octubre de 2011. Por lo anterior, Q1 presentó el 7 de septiembre de 2012 un escrito de queja ante esta Comisión Nacional, con el que se inició el expediente CNDH/1/2012/8534/Q.

Observaciones

4. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/ 2012/8534/Q, este Organismo Nacional extrajo elementos que permitieron acreditar transgresiones a los derechos a la protección de la salud y a la vida, así como al interés superior de la niñez en agravio de V1 y atribuibles a personal del Hospital General Regional Núm. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro” del IMSS, en atención a lo siguiente:
5. durante el mes de mayo de 2010, V1 recibió atención en el Hospital General Regional Núm. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro” del IMSS, misma que se le continuó proporcionando en el Hospital General de México “Dr.

Eduardo Liceaga”, perteneciente a la Secretaría de Salud, para practicarle un protocolo de estudio por anemia y recrecimiento del hígado y el bazo.

- 6. En octubre de 2010, V1 fue valorada por personal adscrito al servicio de Hematología Pediátrica del Hospital General Regional Núm. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro” y se le realizó una biopsia de dos ganglios linfáticos cervicales izquierdos que reportó hiperplasia histiocítica sinusoidal; además, se observó que “los hallazgos histológicos de distribución liquenoide de histiocitos, infiltración de la epidermis y formas mono y multinucleares de células histiocíticas” favorecían el diagnóstico de histiocitosis de células de Langerhans, por lo que se le practicaron varios estudios y se le brindó quimioterapia; asimismo, fue hospitalizada en manera intermitente debido a las complicaciones, las cuales fueron corregidas de forma oportuna.*
- 7. El 27 de septiembre de 2011, V1 acudió al servicio de Hematología del Hospital General Regional Núm. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro”, donde la médico la encontró con un cuadro clínico de antecedente de histiocitosis de células de Langerhans, con irritabilidad y cansancio; además, el reporte de hemoglobina arrojó un resultado de 5.2 g/dL, por lo que se indicó como plan de tratamiento apoyo transfusional, administración de ácido fólico, vimblastina y filgrastim (quimioterapia) y realización de estudios. El 30 del mes y año citados, V1 acudió a consulta con la misma especialista, quien le indicó continuar con el mismo plan y acudir a cita en cinco días en virtud de que no había criterios que ameritaran tratamiento hospitalario.*
- 8. A las 01:45 horas del 2 de octubre de 2011, V1 ingresó al servicio de Urgencias Pediatría del Hospital General Regional Núm. 1 “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro”, donde AR1 y una médico residente le diagnosticaron un cuadro clínico de síndrome anémico, síndrome mieloproliferativo en estudio, probable histiocitosis tipo i y tumoración en cuello; como plan de tratamiento indicaron ayuno, aplicación de solución glucosada y fisiológica, permanecer en posición semifowler estricta, cuidados generales de enfermería, vigilancia de los signos, biometría hemática, química sanguínea, grupo sanguíneo y Rh y subirla a piso. Agregaron que V1 ingresó debido a tumoración en el cuello y disnea, y que era necesario continuar con un protocolo de estudio y vigilancia estrecha.*
- 9. Al respecto, los peritos médicos de esta Comisión Nacional observaron que a pesar de que los síntomas de V1 descritos por AR1 eran datos clínicos de urgencia médica, debido a que comprometían el sistema cardiorrespiratorio y el metabolismo, dicho servidor público los desestimó. Es decir, AR1 omitió practicar estudios de imagen y gasometría arterial, efectuar una monitorización continua y oximetría de pulso, indicar control de la temperatura y de líquidos, así como solicitar la valoración urgente por personal adscrito a los servicios de Hematología, Oncología Médica y Quirúrgica y la Unidad de Terapia intensiva Pediátrica; además, tampoco indicó que se realizara un protocolo de estudio de la tumoración que la menor presentaba en el cuello.*
- 10. A las 04:15 horas del 2 de octubre de 2011, personal del servicio de Enfermería registró que V1 ingresó consciente, adinámica, hipoactiva, irritable al manejo, con palidez de tegumentos (+++), mucosa oral deshidratada y rinorrea hialina; durante su estancia se encontró en mal estado, con datos de dificultad respiratoria, polipneica, con adenomegalias y taquicardia; además se advirtió que a partir de la primera valoración de V1, a las 01:45 horas por personal adscrito al servicio de Urgencias, sólo se tienen constancias de que la*

víctima fue trasladada al piso de Pediatría-Lactantes a las 04:15 horas y valorada por AR2 hasta las 05:20 horas, es decir, transcurrieron más de tres horas sin que recibiera vigilancia y un tratamiento estrecho a pesar de tratarse de un paciente grave.

11. después, según refirió Q1, otro médico ingresó al cuarto y le preguntó a AR2 desde qué hora había sido internada la niña, a lo que respondió que a las 02:00 horas de ese día; entonces el médico se molestó y ordenó que le proporcionaran atención. AR2 señaló a Q1 que el estado de salud de su hija era muy delicado y que la ingresarían al área de Terapia intensiva. de la hoja de cuidados intensivos pediátricos, emitida el 2 de octubre de 2011 por personal del servicio de Enfermería, así como de la nota de ingreso/egreso por defunción de V1, se desprende que la víctima fue valorada a las 06:20 horas de esa fecha por personal médico y que a las 06:25 horas presentó bradicardia, desaturación importante y, después, paro cardiorrespiratorio, por lo que se le aplicaron maniobras de reanimación, sin éxito. El fallecimiento se declaró a las 06:45 horas, con un diagnóstico de “aplasia medular secundaria a quimioterapia, probable choque séptico y acidosis metabólica descompensada”. Al respecto, llamó la atención de los peritos de esta Comisión Nacional el hecho de que en el certificado de defunción se indicara choque séptico de 48 horas de evolución como la primera causa del fallecimiento, ya que dicho diagnóstico nunca fue determinado por el personal médico que atendió a la víctima desde su ingreso, no se corroboró mediante estudios de laboratorio y, por lo tanto, no se proporcionó tratamiento para el mismo, lo que condicionó la pérdida de la vida.
12. Las irregularidades en que AR1 y AR2 incurrieron desde el ingreso de V1, tales como desestimar los datos clínicos de urgencia médica, abandonar a la paciente alrededor de tres horas, demorar la atención y no emitir un diagnóstico certero, tuvieron como consecuencia que la víctima no fuera diagnosticada con oportunidad ni recibiera la atención médica de urgencia que requería. Eso provocó que su estado de salud se deteriorara y presentara un choque séptico que no se atendió y que la llevó a perder la vida; lo anterior convalida la relación causa-efecto entre la inadecuada atención médica proporcionada a V1, su fallecimiento y la responsabilidad institucional que en materia de derechos Humanos le es atribuible al IMSS.
13. Las violaciones a los derechos Humanos cometidas en agravio de V1 tuvieron una consideración especial en razón de su vulnerabilidad por ser niña, ya que los agravios cometidos en su contra, al ser analizados atendiendo al interés superior de la niñez, contemplado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, implicaban que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal del IMSS. Además, se evidenció una falta de sensibilidad en el trato que se proporcionó a V1 y Q1 en tres momentos: 1) cuando permaneció más de tres horas sin recibir vigilancia ni tratamiento estrechos, a pesar de tratarse de un paciente grave; 2) en el cuestionamiento que realizó un médico del mencionado nosocomio a Q1 en el sentido de por qué había llevado a su hija a ese lugar y no a otro, y 3) cuando la mencionada servidora pública comunicó a la quejosa el fallecimiento de la menor y le comentó que era joven y podría tener más hijos. En consecuencia, esta Comisión se permite formular respetuosamente las siguientes Recomendaciones al Instituto Mexicano del Seguro Social

Recomendaciones

PRIMERA. Reparar el daño ocasionado a Q1 y que se le proporcione atención médica y psicológica.

SEGUNDA. Se diseñe e imparta a los servidores públicos de los hospitales de ese instituto, programas integrales de capacitación y formación en materia de derechos Humanos y sus implicaciones en la protección a la salud, así como en cuanto al conocimiento, dominio y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la atención estrecha y permanente de pacientes con datos de urgencia y menores de edad, con el objeto de evitar irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento; además, se envíen a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado.

TERCERA. Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General Regional Núm. 1 “ Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro” del IMSS, en la que se le exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramite ante los Consejos de Especialidades Médicas.

CUARTA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que los servidores públicos del IMSS adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados y protegidos.

QUINTA. Se colabore en el trámite de la queja que se promueva ante el Órgano interno de Control en el IMSS.

SEXTA. Se colabore en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que se formule ante la PGR.

RECOMENDACIÓN No. 6/2014

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1 “DR. CARLOS MAC GREGOR SÁNCHEZ NAVARRO” DEL IMSS, EN EL DISTRITO FEDERAL.

México, D.F., a 7 de marzo de 2014.

**DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 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/1/2012/8534/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 sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto 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 que dicte las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. Los días 13 y 26 de octubre de 2010, personal del Hospital General Regional No. 1 "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro", del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), realizó una biopsia a dos ganglios linfáticos cervicales izquierdos y huesos de V1, niña en ese entonces de 1 año y 6 meses de edad; asimismo, se le recabó una muestra de médula ósea. Con dichos estudios el personal médico la diagnosticó con un cuadro clínico de hiperplasia histiocítica sinusoidal e histiocitosis de células de *Langerhans*, por lo que a partir de ese momento se le practicaron otros estudios y se le proporcionó tratamiento a base de quimioterapia y diversos medicamentos.

4. De acuerdo al dicho de Q1, el estado de salud de su hija V1 evolucionó de manera favorable; sin embargo, después de un año, esto es, durante los últimos días del mes de septiembre de 2011, la niña fue valorada por una especialista en Hematología del Hospital General Regional No. 1 "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro" del IMSS, quien señaló que el reporte de hemoglobina había salido bajo, por lo que sería necesario realizarle otros estudios, brindarle apoyo transfusional y suministrarle ácido fólico.

5. Toda vez que el 2 de octubre de 2011 V1 presentó inflamación en la parte posterior del oído izquierdo y dificultad respiratoria, a las 01:35 horas de esa fecha, Q1 la trasladó al servicio de Urgencias del Hospital General Regional No. 1 "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro" del IMSS, donde diez minutos después AR1, médico quien la valoró indicó que la menor presentaba un cuadro clínico de linfoma canceroso.

6. El estado de salud de V1 continuó deteriorándose, incluso vomitó en dos ocasiones, y a las 04:15 horas de ese mismo día fue ingresada al área de Pediatría-Lactantes, en donde se encontraban otros pacientes, refiriéndole momentos después una enfermera a Q1, que su hija no debía permanecer con otros niños que estuvieran enfermos, por lo que la pasó a un cuarto; aproximadamente una hora después, V1 fue valorada por AR2, quien de acuerdo al dicho de la quejosa, le refirió que su hija se veía muy mal, a lo que le respondió que únicamente le habían suministrado suero, a lo que la mencionada servidora pública le cuestionó por qué no la había trasladado al Centro Médico Nacional "Siglo XXI", de ese instituto.

7. Posteriormente, según lo refirió Q1, otro médico del Hospital General Regional "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro" del IMSS, ingresó al cuarto en el que se encontraba V1 y le preguntó a AR2, desde qué hora había sido internada la víctima, indicándole que a las 02:00 horas de ese día, ante lo cual el médico se molestó y ordenó que le proporcionaran atención; AR2 le señaló a Q1 que el estado de salud de su hija era muy delicado por lo cual la ingresarían al área de Terapia Intensiva. Finalmente, a las 06:45 horas del 2 de octubre de 2011, la víctima perdió la vida, indicándose como causas de su muerte en el certificado de

defunción: choque séptico secundario a una aplasia medular, con antecedentes de quimioterapia por probable histiocitosis.

8. Por lo anterior, el 7 de septiembre de 2012, Q1 presentó escrito de queja ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en el cual también señaló que al momento en que AR2 le comunicó el fallecimiento de V1, le indicó que su hija había ingresado en un muy mal estado de salud y que ella era joven por lo que podría tener más hijos; además, la quejosa refirió que hasta ese momento no se le había permitido tener acceso al expediente clínico. Ante ello, se inició el expediente CNDH/1/2012/8534/Q, y se solicitaron los informes correspondientes a la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, así como a la Dirección General del Hospital General de México.

II. EVIDENCIAS

9. Queja y ampliación de la misma presentadas por Q1, los días 7 de septiembre y 16 de noviembre de 2012, ante esta Comisión Nacional, a las que anexó diversa documentación, de la que destacó:

9.1. Memorándum interno de 12 de junio de 2012, enviado por el médico encargado de la Jefatura de Pediatría del Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS a Q1.

9.2. Informe No. 389001051100/06966 5053, de 4 de julio de 2012, mediante el cual el titular de la Delegación Sur del Distrito Federal de la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS le refirió a Q1 que la Comisión Bipartita del Consejo Consultivo Delegacional de ese instituto, en su sesión celebrada el 4 de julio de 2012, resolvió que la atención otorgada a V1 había sido oportuna y adecuada.

10. Constancias del expediente clínico de V1 generadas con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”, del IMSS, enviadas a este organismo nacional a través del oficio No. 09521746 B0/021963, de 4 de diciembre de 2012, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del citado instituto, de las que destacaron:

10.1. Nota de ingreso de V1 al servicio de Pediatría, de 6 de mayo de 2010, suscrita por personal médico del Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS.

10.2. Hoja de cuidados intensivos pediátricos de V1, emitida el 2 de octubre de 2011, por personal del servicio de Enfermería del Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS.

10.3. Nota de ingreso/nota de egreso por defunción de V1, elaborada a las 07:00 horas del 2 de octubre de 2011, por AR2, médico adscrito al Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS.

11. Constancias del expediente clínico de V1, generadas con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, remitidas a esta Comisión Nacional, mediante oficio No. 09521746 B0/022667, de 13 de diciembre de 2012, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos de ese instituto, de las que destacaron:

11.1. Nota de egreso de V1 del servicio de Pediatría, realizada el 21 de octubre de 2010, por un médico hematólogo adscrito al Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS.

11.2. Reporte histopatológico de V1, emitido el 22 de octubre de 2010, por un médico anatomopatólogo del Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS.

11.3 Notas médicas de V1, realizadas los días 26 y 27 de octubre de 2010, por un médico hematólogo adscrito al Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS.

11.4. Estudios de Patología Quirúrgica e Inmunohistoquímica respecto de V1, de 23 de noviembre de 2010, practicados en un hospital particular.

11.5. Notas médicas y prescripción de V1, realizadas los días 27 y 30 de septiembre de 2011, por un médico especialista en Hematología, adscrito al Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS.

11.6. Informe del resultado de laboratorio clínico practicado a las 14:02 horas del 30 de septiembre de 2011 a V1, en el Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS.

11.7. Nota de valoración de V1, emitida a las 01:45 horas del 2 de octubre de 2011, por AR1, médico adscrito al servicio de Urgencias Pediatría y un residente del segundo año de la especialidad en Medicina Familiar, del Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS.

11.8. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de Enfermería de V1, realizados el 2 de octubre de 2011.

11.9. Certificado de defunción de V1, en el que se señalaron las 06:45 horas del 2 de octubre de 2011, como la hora y fecha de su fallecimiento, y se precisó como enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte

directamente: choque séptico debido a aplasia medular y quimioterapia por probable histiocitosis.

12. Entrevista realizada a Q1, el 11 de marzo de 2013, por personal de esta Comisión Nacional, en la que aportó diversa documentación respecto del caso de V1, de la que destacó:

12.1 Informe No. 00641/30.102/2424/2012, de 24 de agosto de 2012, suscrito por el titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el IMSS, a través del cual señaló el estado del Expediente No. 3.

12.2. Oficio No. 09521746 B0/002479, de 21 de febrero de 2013, mediante el cual el titular de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS refirió a Q1 que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico de ese instituto en su sesión de 24 de enero de 2013 resolvió que la queja relacionada con el caso de V1 era improcedente.

13. Constancias del expediente clínico de V1 e informes generados con motivo de la atención médica que se le proporcionó en el Hospital General de México perteneciente a la Secretaría de Salud, enviadas a este organismo nacional mediante oficio No. SJ/PEN/0324/13 de 17 de abril de 2013, por el jefe de Departamento de Asuntos Civiles y Laborales, de las que destacaron:

13.1. Resumen clínico de V1, elaborado por personal médico de la Unidad de Hospitalización y del Servicio de Pediatría del Hospital General de México.

13.2. Informe sin número de 15 de abril de 2013, signado por el jefe de servicio de Pediatría del Hospital General de México.

14. Informe No. 09 52 17 61 4620/4681 de 17 de septiembre de 2013, enviado a este organismo nacional por el coordinador técnico de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS.

15. Diversas constancias del Expediente No. 2, consultadas el 27 de septiembre de 2013, en las instalaciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, por personal de este organismo nacional.

16. Opinión médica elaborada el 13 de enero de 2014 por peritos médicos de esta Comisión Nacional, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención proporcionada a V1, en el Hospital General Regional No. 1 "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro" del IMSS.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. A las 01:45 horas del 2 de octubre de 2011, V1, niña con antecedentes de hiperplasia histiocítica sinusoidal e histiocitosis de células de *Langerhans*, presentó fiebre, dificultad respiratoria e inflamación en la parte posterior del lado izquierdo del cuello, ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS. Alrededor de las 06:20 horas de esa misma fecha, sufrió un paro cardiorrespiratorio, sin que respondiera a las maniobras de reanimación que se le proporcionaron; señalándose como hora y fecha de su fallecimiento en el certificado de defunción las 06:45 horas del 2 de octubre de 2011 y como causa primaria de su muerte choque séptico secundario a aplasia medular, con antecedentes de quimioterapia por probable histiocitosis.

18. Por lo anterior, el 7 de mayo de 2011, Q1 presentó queja ante el área de Auditoría, Quejas y Responsabilidades en la Delegación Sur del IMSS y ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, iniciándose así los Expedientes No. 1 y No. 2.

19. Al respecto, a través del oficio No. 38 90 01 05 1100/06066, el titular de la Delegación Sur del IMSS, notificó a Q1, que en relación al Expediente No. 1, la Comisión Bipartita del Consejo Consultivo Delegacional de ese instituto, en su sesión celebrada el 4 de julio de 2012, resolvió que la atención otorgada a V1 había sido oportuna y adecuada, por lo que no existieron elementos médicos que permitieran justificar una indemnización; dicho servidor público agregó que el caso también se turnó al área de investigaciones laborales.

20. Ahora bien, por lo que hizo al Expediente No. 2, el 20 de julio de 2012, se le notificó a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico que la Comisión Bipartita del Consejo Consultivo Delegacional del IMSS, en relación a la queja presentada por V1 ante dicho instituto resultó improcedente; ante ello la CONAMED interpuso recurso de reconsideración en el que señaló no estar de acuerdo con la resolución.

21. Posteriormente, el 24 de enero de 2013, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS confirmó que la queja relacionada con V1, era improcedente desde el punto de vista médico; dicha situación se hizo del conocimiento de la CONAMED, el 14 de marzo del mismo año, lo cual tuvo como consecuencia que el 24 de abril de 2013, se informara a Q1, que el Expediente No.2, se había concluido en la modalidad de “no conciliado.”

22. Por otra parte, el 25 de mayo de 2012 se radicó el Expediente No. 3, ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, con motivo de la queja presentada por Q1, del cual se le notificó su conclusión a través del oficio No. 00641/30.102/2424/2012, de 24 de agosto de ese año.

23. Finalmente, el 19 de septiembre de 2013, el coordinador técnico de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, mediante oficio No. 09 52 17 61 4620/4681, de 17 de septiembre de 2013, informó a este organismo nacional que no obstante las resoluciones emitidas por distintas áreas en dicho instituto, el caso de V1 se sometería a investigación nuevamente y el dictamen correspondiente sería propuesto para ser sancionado por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico; sin embargo, a la fecha de emisión del presente pronunciamiento no se ha recibido constancia alguna que acredite que se hubiera indemnizado a V1 o sancionado a algún servidor público del mencionado instituto involucrado en los hechos.

IV. OBSERVACIONES

24. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2012/8534/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este organismo nacional contó con elementos que permitieron acreditar transgresiones a los derechos a la protección de la salud y a la vida, así como al interés superior de la niñez, en agravio de V1, atribuibles a personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, en atención a lo siguiente:

25. Durante el mes de mayo de 2010, V1 recibió atención en el Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, misma que se le continuó proporcionando en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, perteneciente a la Secretaría de Salud, específicamente para practicarle un protocolo de estudio por anemia y hepatoesplenomegalia (recrecimiento del hígado y bazo).

26. Posteriormente, en el mes de octubre de 2010, V1 fue valorada por personal adscrito al servicio de Hematología Pediátrica del Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, y se le realizaron diversos estudios clínicos, entre ellos una biopsia de dos ganglios linfáticos cervicales izquierdos, la cual reportó un cuadro clínico de hiperplasia histiocítica sinusoidal; además, se observó que “los hallazgos histológicos de distribución liquenoide de histiocitos, infiltración de la epidermis y formas mono y multinucleares de células histiocíticas favorecían el diagnóstico de histiocitosis de células *de Langerhans*.”

27. A mayor abundamiento, es importante precisar que la histiocitosis de células de Langerhans, es el término general utilizado para indicar algunas enfermedades del sistema reticuloendotelial, producidas por la acumulación o proliferación primaria de las células del sistema fagocítico mononuclear; su incidencia es de 1 entre 200,000 niños menores de 15 años de edad, siendo su pico entre los 1 y 3 años, predominante en varones y más agresiva en los niños pequeños; cuando la misma se encuentra diseminada se afectan muchos órganos, manifestándose a través de fiebre, anorexia, pérdida de peso, anemia, manifestaciones hemorrágicas (petequias en tronco), astenia, irritabilidad, lesiones en la cavidad

bucal y cutáneas; además, pueden resultar daños en los ganglios linfáticos, timo, hígado, bazo, pulmón, médula ósea y el sistema nervioso central.

28. El curso de la histiocitosis de células de Langerhans sin tratamiento es extremadamente variable, puede resolverse espontáneamente o diseminarse comprometiendo órganos viscerales con resultados que pueden ser fatales. Por otra parte, los pacientes con enfermedad localizada en el hueso tienen un excelente pronóstico pero pueden presentar alteraciones ortopédicas. El tratamiento puede brindarse a través de diversos métodos, dependiendo el riesgo que presente el paciente (bajo, intermedio o alto) y son intervención quirúrgica, radioterapia y quimioterapia.

29. Una vez que V1 fue diagnosticada con histiocitosis de células *de Langerhans* se le practicaron varios estudios y se le brindó tratamiento a base de quimioterapia; asimismo, fue hospitalizada en manera intermitente debido a las complicaciones derivadas de la propia patología de base, las cuales fueron advertidas y corregidas de forma oportuna.

30. El 27 de septiembre de 2011, V1 acudió a consulta al servicio de Hematología del Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, la médico que la valoró a su exploración física la encontró con un cuadro clínico de: antecedente de *histiocitosis de células de Langerhans*, con irritabilidad y cansancio; además, el reporte de hemoglobina arrojó un resultado de 5.2 g/dL, cuando lo normal es de 13.8 a 16.7 g/dL, por lo que indicó como plan de manejo brindarle apoyo transfusional con paquete globular, suministrarle ácido fólico, vinblastina y filgrastim (quimioterapia) y efectuarle estudios de laboratorio en tres días.

31. El 30 de septiembre de 2011, V1 acudió a consulta con la misma especialista en Hematología del Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”, a quien Q1 le refirió que la menor había estado asintomática y afebril; la mencionada servidora pública al valorar a la víctima la encontró con aumento de hemoglobina de 9.4 g/dL, por lo que indicó continuar con el mismo plan de manejo y acudir a cita en cinco días, en virtud de que no había criterios clínicos ni de laboratorio que ameritaran tratamiento hospitalario.

32. Sin embargo, a las 01:45 horas del 2 de octubre de 2011, V1 ingresó al servicio de Urgencias Pediatría del Hospital General Regional No.1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS; donde diez minutos después, AR1, médico de quien no se pudo establecer su nombre completo, especialidad, cargo y rango, ya que dichos datos no se encontraron descritos en la nota médica que emitió y una médico residente del segundo año de la especialidad en Medicina Familiar, la atendieron indicando que había sido presentada en el nosocomio por sus familiares, debido a que sufrió dificultad respiratoria, aumento de volumen en la parte izquierda posterior del cuello con doce horas de evolución y fiebre de 38.3°C, tratada con nimesulide.

33. A la exploración física de V1, AR1 y un médico residente la encontraron con una tumoración en el lado izquierdo del cuello; sin visceromegalias; peristalsis presente normoactiva; ruidos cardiacos rítmicos, disminuidos en intensidad y frecuencia; murmullo vesicular; abdomen blando y depresible; hipoactiva; reactiva; con palidez de tegumentos +++; hipotérmica 25°C (sic); pulso débil; pupilas isocóricas normoreflécticas; orofaringe con mucosa subhidratada; aumento de volumen en los glanglios linfáticos de la axila derecha; extremidades hipotróficas y llenado capilar de 4 segundos.

34. En este contexto, los mencionados servidores públicos diagnosticaron a V1 con un cuadro clínico de síndrome anémico, síndrome mieloproliferativo en estudio, probable histiocitosis tipo I y tumoración en cuello; ante ello, indicaron como plan de manejo ayuno hasta nueva orden; aplicarle vía intravenosa solución glucosada de 10% 260 ml y solución fisiológica de 0.9% 130 centímetros cúbicos, permanecer en posición semifowler estricta; cuidados generales de enfermería: vigilar sus signos vitales por turno; realizarle una biometría hemática completa, química sanguínea, grupo y Rh; subirla a piso y reportar eventualidades. Los médicos agregaron en la nota respectiva que V1 ingresó debido a tumoración en el cuello y disnea, y que era necesario continuar con un protocolo de estudio y vigilancia estrecha, además de que tenía un alto riesgo de requerir una transfusión sanguínea, ya que se le había practicado una el 27 de septiembre de 2011.

35. Al respecto, los peritos médicos de esta Comisión Nacional que conocieron del caso observaron que no obstante que los síntomas de V1 descritos por AR1, tales como: dificultad respiratoria, hipoactiva, palidez de tegumentos, hipotérmica, pulso débil, mucosa subhidratada, cuello con tumoración del lado izquierdo, ruidos cardiacos disminuidos, adenomegalias en axila derecha y llenado capilar retardado, eran datos clínicos de urgencia médica debido a que comprometían el sistema cardiorrespiratorio y el metabolismo, dicho servidor público los desestimó.

36. Es decir, que AR1 omitió realizar un adecuado manejo de la urgencia por la que V1 se encontraba cursando desde su ingreso al Hospital General Regional No.1 "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro" del IMSS, administrarle oxígeno suplementario mediante mascarilla y/o intubación endotraqueal, practicarle estudios de imagen y gasometría arterial, efectuar una monitorización continua y oximetría de pulso, indicar control de la temperatura y de líquidos, así como solicitar su valoración urgente por personal adscrito a los servicios de Hematología, Oncología Médica y Quirúrgica y la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica; además, de que tampoco indicó que se realizara un protocolo de estudio de la tumoración que la menor presentaba en el cuello.

37. Ahora bien, de acuerdo a las constancias agregadas en el expediente clínico de V1, a las 04:15 horas del 2 de octubre de 2011, personal del servicio de Enfermería del Hospital General Regional No.1 "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro", registró que la víctima ingresó proveniente del área de Urgencias Pediátricas: consciente, adinámica, hipoactiva, irritable al manejo, con palidez de

tegumentos (+++), con mucosa oral deshidratadas, rinorrea hialina, observado que durante su estancia se encontró en mal estado general, con datos de dificultad respiratoria, polipneúca, adenomegalias y taquicardia importante.

38. Además, en el presente caso se advirtió que a partir de la primera valoración de V1, el 2 de octubre de 2011, a las 01:45 horas por personal adscrito al servicio de Urgencias del Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”, únicamente se tienen constancias obtenidas de las anotaciones realizadas por personal de Enfermería, de que la víctima fue trasladada al piso de Pediatría-Lactantes a las 04:15 horas y que fue valorada por personal médico (AR2), hasta las 05:20 horas de esa misma fecha; es decir que transcurrieron más de tres horas sin que la víctima, a pesar de tratarse de un paciente grave, recibiera vigilancia y manejo estrechos.

39. Al respecto, Q1 indicó que AR2 le refirió que su hija “se veía muy mal”, a lo que le respondió que únicamente le habían suministrado suero desde que ingresó, ante ello, la mencionada servidora pública le cuestionó por qué no la había trasladado al Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, de ese instituto; posteriormente, según lo refirió Q1, otro médico del mencionado Hospital “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” ingresó al cuarto en el que se encontraba V1 y le preguntó a AR2, desde qué hora había sido internada, indicándole que a las 02:00 horas de ese día, ante lo cual el médico se molestó y ordenó que le proporcionaran atención; AR2 le señaló a Q1 que el estado de salud de su hija era muy delicado y que la ingresarían al área de Terapia Intensiva.

40. En este contexto, de la hoja de cuidados intensivos pediátricos, emitida el 2 de octubre de 2011, por personal del servicio de Enfermería del multicitado nosocomio, así como en la nota de ingreso/egreso por defunción de V1, se desprende que la víctima fue valorada a las 06:20 horas de esa fecha por personal médico adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva Pediatría y que a las 06:25 horas, presentó: bradicardia, desaturación importante y posteriormente, paro cardiorrespiratorio, por lo que se le proporcionaron maniobras de reanimación, sin éxito.

41. Así las cosas, a las 06:45 horas, se declaró el fallecimiento de V1, emitiéndose como diagnósticos: *“aplasia medular secundaria a quimioterapia, probable choque séptico y acidosis metabólica descompensada”*.

42. Al respecto, llamó la atención de los peritos de esta Comisión Nacional el hecho de que en el certificado de defunción de V1 se indicara choque séptico de 48 horas de evolución, como la primera causa de su fallecimiento, en virtud de que dicho diagnóstico no se determinó en ningún momento por el personal médico que atendió a la víctima desde su ingreso al Hospital General Regional “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” ni se corroboró mediante estudios de laboratorio, por lo cual no se le proporcionó tratamiento para el mismo, condicionando así la pérdida de la vida de V1.

43. En suma, las irregularidades en que AR1 y AR2, médicos adscritos a los servicios de Urgencias y piso de Pediatría-Lactantes del Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, incurrieron desde el ingreso de V1, tales como: desestimar los datos clínicos de urgencia médica, abandonar a la paciente alrededor de tres horas, dilación en la atención y no emitir un diagnóstico certero, tuvieron como consecuencia que la víctima no fuera diagnosticada oportunamente ni recibiera la atención médica de urgencia que requería, provocando que su estado de salud se deteriorara y presentara un choque séptico que no se atendió y que la llevó a perder la vida el 2 de octubre de 2011, convalidándose con ello la relación causa-efecto, entre la inadecuada atención médica proporcionada a V1, su fallecimiento y la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos le es atribuible al IMSS.

44. No es obstáculo para lo anterior, el hecho de que V1 presentaba un padecimiento inmunológico proliferativo y crónico, en virtud de que el mismo, de acuerdo a la literatura médica especializada vigente, es de carácter benigno, aunado a que se encontraba en tratamiento y la víctima había mostrado mejoría, manteniéndose bajo vigilancia estrecha por un médico especialista en Hematología.

45. Además, no pasó desapercibido el hecho de que las notas médicas del expediente clínico generado en el Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, con motivo de la atención médica proporcionada a V1, presentaran irregularidades como su ilegibilidad, desorden cronológico, ausencia de los nombres completos, cargos, rangos, matrículas y especialidades de los médicos tratantes para su identificación, así como formatos elaborados inadecuadamente e incluso se anexaran los resultados de laboratorio de otro paciente.

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

47. Dicha situación ha sido objeto de múltiples pronunciamientos 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, 7/2013, 33/2013, 86/2013 1/2014 y 2/2014, en las que se señalaron precisamente las omisiones 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.

48. 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 médico 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.

49. Cabe señalar que los pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos 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.

50. 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.

51. En consecuencia, AR1 y AR2, médicos adscritos al Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, vulneraron en agravio de V1, los derechos a la vida y a la protección de la salud, así como el interés superior de la niñez, contenidos en los artículos los artículos 4, párrafos cuarto, octavo, noveno y décimo y 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracciones I y II; 23, 27, fracción III; 32, 33, fracción II, 51 y 63, de la Ley General de Salud; 8, fracción II, 9, 48 y 73, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 6, 8, 43 y 71, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social y 3, 4, 7, 14.B, 28.A y 28.B, de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-168-SSA1-1998, *Del Expediente Clínico* y NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los Servicios de Salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, vigentes en esa época.

52. También se observó que el personal médico del Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, omitió observar el contenido del numeral 4.88 del *Procedimiento para la Atención Médica del Paciente en el Servicio de Urgencias en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención del IMSS*, así como de los artículos 90 y 91 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, los cuales en términos generales señalan la obligación que tienen de proporcionar atención médica continua, permanente y urgente, cuando una persona presenta problemas de salud que pongan en peligro la vida, un órgano o una función, y que si, por la índole del padecimiento necesita permanecer en el área de observación del citado servicio se le otorgará la atención hasta por un lapso máximo de doce

horas, contando a partir del momento de su ingreso, tiempo durante el cual se determinará su egreso o continuidad de su atención en hospitalización.

53. Igualmente, los servidores públicos señalados, omitieron 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 conforme a las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero y segundo, así como 133, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

54. En este sentido, los numerales I, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 6.1 y 24.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12.1 y 12.2, incisos a), d) y f), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 y 10.2, incisos a) y d); y 16, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 1, 3.1, 6.1, 6.2, 24.1, y 24.2 incisos a) y b), de la Convención sobre los Derechos del Niño, en síntesis ratifican el contenido de los preceptos constitucionales citados y prevén el reconocimiento de las personas, en particular de los niños, por parte del Estado, a recibir un servicio médico de calidad, así como la obligación de las autoridades de adoptar las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho.

55. En este contexto, la Corte Interamericana ha señalado, en varias de sus sentencias, que el cumplimiento de las obligaciones impuestas en el artículo 4.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, relacionado con el artículo 1.1, 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.

56. 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.

57. Resulta importante señalar que por derecho a la protección de la salud, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se entiende un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de una enfermedad o dolencia; es decir, que una visión integral de la salud supone que

todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

58. A mayor abundamiento, esta Comisión Nacional en la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de 23 de abril de 2009, estableció que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, aunado a que la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad, y calidad.

59. Conviene también señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, consiste en 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, y en el presente caso quedó evidenciado que AR1 y AR2, médicos adscritos al Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS en el Distrito Federal, que atendieron a V1, debieron considerar el interés superior del paciente, mediante la emisión de un diagnóstico certero, y con ello proporcionarle la atención médica de urgencia que requería, con la calidad y calidez que deben imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que, de acuerdo con las consideraciones expuestas no se actualizó y generó que el 2 de octubre de 2011 la víctima perdiera la vida.

60. Por otra parte, 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 niña, ya que los agravios cometidos en su contra, al ser analizados atendiendo al interés superior de la niñez, contemplado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales en la materia, implicaban que debió recibir una atención prioritaria e inmediata por parte del personal del IMSS.

61. En este tenor, el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño dispone 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. Asimismo, los artículos 11.1.f, 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, señalan que los Estados Parte deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra

la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres el acceso a dicho servicio.

62. A mayor abundamiento la Corte Interamericana de Derechos Humanos en la sentencia del caso *“Rosendo Cantú y otra vs. México”*, emitida el 31 de agosto de 2010, señaló que de conformidad con el artículo 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos, el Estado debe asumir una posición especial de garante con mayor cuidado y responsabilidad, y debe tomar medidas o cuidados especiales orientados en el principio del interés superior del niño y que en consecuencia, el Estado debe prestar especial atención a las necesidades y a los derechos de los niños, en consideración a su condición particular de vulnerabilidad.

63. Por otra parte, en el presente caso se evidenció una falta de sensibilidad en el trato que se proporcionó a V1 y Q1, en tres momentos: 1) cuando permaneció más de tres horas sin recibir vigilancia y manejo estrechos, a pesar de tratarse de un paciente grave; 2) en el cuestionamiento que realizó un médico del mencionado nosocomio a Q1 en el sentido de por qué había llevado a su hija a ese lugar y no a otro; 3) así como cuando la mencionada servidora pública le comunicó el fallecimiento de la menor a la quejosa y le mencionó que era joven y podría tener más hijos.

64. En relación a lo anterior, los artículos 1, párrafo quinto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 11.1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; y 1, de la Declaración Universal de Derechos Humanos; en términos generales establecen que las personas deben recibir un trato digno y respetuoso; además, el artículo 43, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social señala que el personal de salud deberá, en todo momento, otorgar un trato digno y respetuoso al paciente.

65. Por otra parte, AR1 y AR2, médicos del Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, incurrieron 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 y 303, de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación de los servidores públicos de cumplir con una serie de principios 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 mismo.

66. 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.

67. Al respecto, el artículo 7, párrafo tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, indica en su parte conducente, que el IMSS será corresponsable con el personal médico de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes.

68. De igual forma, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se contó con elementos de convicción suficientes para que este organismo nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso.

69. No es obstáculo para lo anterior que la Comisión Bipartita del Consejo Consultivo Delegacional y la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico, ambas del IMSS, los días 4 de julio de 2012 y 24 de enero de 2013 determinaran que la atención otorgada a V1 fue oportuna y adecuada, toda vez que este organismo nacional presentará directamente la denuncia y quejas correspondientes, para los efectos previstos en el artículo 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a fin de entre otros motivos, se dé seguimiento a los mismos.

70. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor director general del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño ocasionado a Q1, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal médico adscrito al Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS y se le proporcione la atención médica y psicológica necesaria para restablecer su estado de salud, remitiendo a esta Comisión Nacional, las constancias con la que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se diseñe e impartan a los servidores públicos de los hospitales de ese Instituto a su cargo, especialmente en el Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”, programas integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos y sus implicaciones en la protección a la salud, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la atención estrecha y permanente de pacientes con datos de urgencia y menores de edad, con el objetivo de evitar irregularidades como las que dieron origen al presente pronunciamiento y se envíen a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” del IMSS, 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. Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que los servidores públicos del IMSS, especialmente los adscritos al Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expediente clínicos que generen 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. Se colabore con este organismo nacional en el trámite de la queja que promueva ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en contra del personal que intervino en los hechos y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

SEXTA. Se colabore 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.

71. 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.

72. 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.

73. 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, de lo contrario dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

74. Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en el artículo 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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