



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 36/2016

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA No. 7, EN LAGOS DE MORENO, Y EN EL HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE, GUADALAJARA, AMBOS DEL IMSS EN JALISCO, Y VIOLACIÓN A LOS DERECHOS A LA INTEGRIDAD PERSONAL, A LA DIGNIDAD, AL SANO DESARROLLO Y A LA EDUCACIÓN DE V1 EN UNA ESCUELA PRIMARIA DE LA COMUNIDAD UNIÓN DE SAN ANTONIO, JALISCO.

Ciudad de México, a 29 de julio de 2016.

**MTRO. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

**MTRO. JORGE ARISTÓTELES SANDOVAL DÍAZ
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE JALISCO.**

Distinguidos señores:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo

segundo, 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, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias en el expediente CNDH/1/2013/2353/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 se divulguen, 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 que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, ordenamientos y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

- Hospital General de Zona No. 7 con Unidad Médica de Atención Ambulatoria del IMSS en Lagos de Moreno, Jalisco. **(HGZ-7)**
- Unidad Médico de Atención Especializada en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco. **(UMAE)**
- Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. **(UTIP)**

- *“Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.* **(GC-TANNYA-INP)**
- Guía de referencia rápida de “Diagnóstico y manejo del estrés postraumático” del Consejo de Salubridad General. **(GRR-DMESPT)**
- “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”. **(MDETM)**
- Comisión Estatal de los Derechos Humanos en Jalisco. **(CEDH-J)**
- Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco. **(CAMEJAL)**
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, *“Del expediente clínico”.* **(NOM-004-SSA3-2012)**
- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, *“Regulación de los Servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica”.* **(NOM-027-SSA3-2013)**
- Ley General de Salud. **(LGS)**
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. **(RLGS-MPSAM)**
- Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS. **(RPM-IMSS)**
- Procuraduría General de la República. **(PGR)**
- Agente del Ministerio Público de la Federación. **(AMPF)**
- Ley de Educación del Estado de Jalisco. **(LEEJ)**

I. HECHOS.

4. El 20 de febrero de 2013, a las 15:00 horas V1 (niño con entonces 7 años de edad) ingresó al Servicio de Urgencias del HGZ-7, dado que presentaba debilidad, decaimiento, cansancio y disminución del apetito, náuseas de dos días de evolución, donde fue valorado por AR1, quien le diagnosticó “*gastroenteritis probablemente infecciosa*” y prescribió antibiótico.

5. A las 24:20 horas (sic) del 21 de febrero de 2013, V1 acudió por segunda ocasión al mismo servicio, donde lo atendió AR2, quien diagnosticó “*síndrome de ansiedad*” y prescribió “*dos gotas de clonazepam vía oral dosis única*” (sedante ansiolítico), por lo que lo envió a su domicilio.

6. El 21 de febrero de 2013, sin poder establecer la hora, V2 y V3 llevaron a V1 a la Unidad de Medicina Familiar No. 177 del IMSS, donde SP1 lo reportó con “*ataxia (incoordinación de movimientos) y trastorno de ansiedad*” por lo que lo refirió a neurología para su valoración por urgencias del HGZ-7.

7. A las 09:12 horas de 21 de febrero de 2013, por tercera ocasión V1 fue atendido en el Servicio de Urgencias del HGZ-7, donde AR3 lo encontró con “*(...) ansiedad, indicando aplicar 500 cc de solución Hartman [suero salino para corregir hipotensión¹ o deshidratación] en una hora*”.

8. A las 12:50 horas de 21 de febrero de 2013, V1 presentó un primer paro cardíaco al estar en rayos X, el cual fue revertido después de 10 minutos. En la

¹ Baja presión arterial.

misma fecha SP2 diagnosticó “*choque séptico*², *sepsis severa con foco neumónico*³, *derrame pleural*⁴, *estado postparo, policontundido*” e inestable hemodinámicamente, por lo que indicó referirlo a un hospital de tercer nivel.

9. En la misma fecha, V1 fue referido a la UMAE y durante el trayecto presentó dos paros cardiorrespiratorios que fueron revertidos e ingresó al servicio de urgencias del citado nosocomio, donde nuevamente sufrió otro (cuarto) paro cardiorrespiratorio, proporcionándole maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas y le diagnosticaron “*choque séptico, neumonía adquirida en la comunidad, postparo*”.

10. V1 permaneció hospitalizado del 21 de febrero al 9 de marzo de 2013 en la UMAE, cuando a las 09:00 horas, presentó un quinto paro cardíaco que pudo ser revertido; a las 10:00 horas, le dio un sexto paro cardiorrespiratorio irreversible y falleció a las 10:30 horas, como se advierte de la nota de egreso por defunción.

11. En la necropsia practicada al cadáver de V1 a las 22:00 horas de 9 de marzo de 2013, por SP5 y SP6, se estableció como causa de muerte “*insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía, coadyuvada por infarto cerebral (...)*”.

12. El 11 de marzo de 2013, Q presentó escrito de queja en la CEDH-J y el 22 de abril siguiente, V2 y V3 formularon por comparecencia queja por la negligencia médica del personal del IMSS, quejas que por razón de competencia se remitieron

² Afección grave que ocurre cuando una infección en todo el cuerpo lleva a que se presente una hipotensión arterial potencialmente mortal.

³ Enfermedad en la cual el cuerpo tiene una respuesta grave a bacterias u otros microorganismos.

⁴ Acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica.

a este Organismo Nacional el 15 de marzo y 30 de abril, y en atención a que en la última fecha V2 formuló queja vía telefónica ante esta Comisión Nacional, en contra de los servidores públicos de la EP-1, derivado de la concurrencia de competencias prevista en los artículos 3º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 16 del Reglamento Interno, se radicó el expediente CNDH/1/2013/2353/Q en esta Comisión Nacional.

13. El 22 de marzo de 2013, fue efectuada una segunda necropsia⁵, en la que concluyeron los peritos médicos forenses la causa de muerte directa fue “(...) *encefalomielitis de origen viral con agente etiológico pendiente por determinar (...)*” y la causa de muerte indirecta “(...) *edema cerebral severo a consecuencia de una encefalopatía hipóxico isquémico por hemorragia subaracnoidea coadyuvando una neumonía aguda bilateral y falla orgánica múltiple (...)*”. A fin de documentar las violaciones a derechos humanos se obtuvieron los informes y expedientes clínicos que remitieron los Titulares de Quejas en Materia de Derechos Humanos del HGZ-7 y UMAE, así como la información proporcionada por la Secretaría de Educación y la Fiscalía General del Estado, ambas de Jalisco, cuya valoración lógico-jurídica son objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

14. Oficio TVG/4/2014 del 21 de enero de 2014, mediante el cual el cual la CEDH-J remitió a esta Comisión Nacional el expediente de queja 2497/2013/III iniciado el 11 de marzo de 2013, el cual contiene los siguientes documentos:

14.1 Publicación periodística de 10 de marzo de 2013, relacionado con la pérdida de la vida de V1 por “bullying”.

14.2 Constancia de 11 de marzo de 2013, efectuada en la CEDH-J, en la que se constató el inicio de la queja 2497/2013/III con motivo de la citada nota periodística.

14.3 Escrito de queja presentado por Q el 11 de marzo de 2013, ante la CEDH-J, quien la remitió a este Organismo Nacional con el oficio DQ/139/2013 el 15 del mismo mes y año, a través del cual denunció negligencia médica por parte de los médicos que atendieron a V1 por “bullying” en la EP-1 de que fue objeto.

14.4 “Acta Circunstanciada” de 12 de marzo de 2013, de la CEDH-J, en la que se asentaron las comparecencias de V2 y V3, quienes relataron los hechos en los que perdió la vida V1.

14.5 “Acta Circunstanciada” de 14 de marzo de 2013, de la CEDH-J, en la que se advierte la entrevista de T6 en relación a los hechos.

14.6 Opinión Técnica Psicológica de 26 de marzo de 2013, de peritos del Área de Medicina, Psicología y Dictaminación de la CEDH-J, en la que concluyeron lo siguiente: *“Efectivamente existe maltrato escolar entre*

⁵ Fue necesario realizarla para esclarecer dudas en la investigación ministerial y para obtener material biológico susceptible de estudio microscópico para esclarecer la mecánica de la muerte.

iguales de tipo verbal, físico y psicológico (...) nos percatamos de que [A] si ejerce “bullying” de tipo físico hacia sus compañeros de estudios (...).”

14.7 El 22 de abril de 2013, V2 y V3 formularon queja ante la CEDH-J, la cual se recibió en este Organismo Nacional el 30 de abril de 2013, con el oficio DQ/250/2013, en la que denunciaron la negligencia médica en contra del personal médico de urgencias del HGZ-7, y en agravio de V1.

14.8 Oficio IJCF590/2013/MP/AP de 21 de mayo de 2013, con el que SP7 señaló los motivos por los cuales realizó una segunda necropsia al cadáver de V1.

14.9 Resolución de 2 de agosto de 2013, emitida por la CEDH-J, relativa a la queja 2497/2013/III.

15. Oficio IJCF/0603/2013/12CE/MF/01 de 12 de marzo de 2013, relativo a la primera necropsia practicada al cadáver de V1 el 9 de marzo de 2013, en la que SP5 y SP6 informaron como causa de la muerte “(...) *insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía, coadyuvada por infarto cerebral (...)*”.

16. Oficio IJCF/0764/2013/12CE/MF/01 de 10 de abril de 2013, relativo a la segunda necropsia practicada al cadáver de V1, en la que SP6 y SP7 concluyeron que la causa de muerte directa consistió en “*encefalomielitis de origen viral con agente etiológico pendiente por determinar*” y las causas de muerte indirecta fue “*edema cerebral severo a consecuencia de una encefalopatía hipóxico isquémico*”.

por hemorragia subaracnoidea coadyuvando una neumonía aguda bilateral y falla orgánica múltiple”.

17. “Acta Circunstanciada” de 30 de abril de 2013, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con V2, en la que presentó queja en contra de servidores públicos de la EP-1.

18. Oficio 095217614621/0735 del 11 de junio de 2013, a través del cual el IMSS adjuntó los informes de los médicos que intervinieron en la atención de V1 y el expediente clínico que contiene lo siguiente:

18.1 Nota Médica del “Departamento de Urgencias HGZ 07” de las 15:00 horas de 20 de febrero de 2013, en la que AR1 diagnosticó “gastroenteritis probablemente infecciosa” y prescribió antibiótico a V1.

18.2 Nota Médica del “Departamento de Urgencias HGZ 07” de las “24:20” (sic) horas de 21 de febrero de 2013, elaborada por AR2 (omitió asentar su nombre completo, matrícula y especialidad), en la que diagnosticó “*síndrome de ansiedad*” y prescribió fármaco ansiolítico y V1 causó alta, con cita abierta a urgencias.

18.3 “Referencia-Contrarreferencia” de 21 de febrero de 2013, firmada por SP1, quien reportó a V1 con “*ataxia y trastorno de ansiedad*” por lo que lo canalizó a la Unidad de Urgencias del HGZ-7.

18.4 Nota Médica del “Departamento de Urgencias HGZ 07” de las 09:12 horas de 21 de febrero de 2013, realizada por AR3 (omitió asentar su nombre completo, matrícula y especialidad), en la cual indicó suministrar solución Hartman.

18.5 Resumen de Interrogatorio y Exploración Física de las 09:40 horas de 21 de febrero de 2013, en la que AR4 reportó a V1 con *“trastorno de pánico, traumatismo de cabeza no especificado, trastornos del equilibrio de los electrolitos y de los líquidos”*, por lo que indicó su ingreso a observación, suministro de solución Hartman e informar a Trabajo Social para dar aviso al Ministerio Público.

18.6 “Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería” de las 10:20 horas, sin fecha, elaborada por personal de enfermería, en los que asentaron que V1 presentaba *“ansiedad, diaforesis, dificultad respiratoria, deshidratado, refiere mucho miedo”*.

18.7 Nota de Evolución y Actualización del Cuadro Clínico de las 11:51 horas de 21 de febrero de 2013, realizada por AR6 (omitió anotar su matrícula y especialidad), en la que diagnosticó *“trastorno de estrés postraumático”* e indicó el traslado urgente de V1 a “paidopsiquiatría” de tercer nivel.

18.8 Nota de Evolución y Actualización del Cuadro Clínico de las 12:50 horas de 21 de febrero de 2013, suscrita por AR4, en la que precisó *“trastornos del equilibrio de los electrolitos y de los líquidos y paro cardíaco con resucitación exitosa”*.

18.9 Evolución y Actualización del Cuadro Clínico de las 13:58 horas de 21 de febrero de 2013, en la que AR7 diagnosticó “*estado postparo*” e indicó notificarle al Ministerio Público.

18.10 Nota de Indicaciones Agregadas (sic) de las 15:10 horas de 21 de febrero de 2013, en la que SP2 prescribió diversos medicamentos.

18.11 Nota de Evolución Turno Vespertino y Traslado a Tercer Nivel de 21 de febrero de 2013, en la que SP2 indicó el traslado de V1 al UMAE.

18.12 Estudio Médico Social de 21 de febrero de 2013, en la que SP3 asentó las manifestaciones de V1.

18.13 Informe Pormenorizado de 5 de junio de 2013, en la que SP4 detalló la atención médica brindada a V1 por el personal médico del HGZ-7.

18.14 Declaración de 5 de junio de 2013, suscrita por AR7, ante SP4, en la que relató la atención brindada a V1.

18.15 Declaración de 6 de junio de 2013, signada por AR1 ante SP4, relativa a su intervención en la atención de V1.

18.16 Declaración de 6 de junio de 2013, realizada por AR2 ante SP4, respecto a la atención de V1.

18.17 Resumen de 6 de junio de 2013, suscrito por AR4 ante SP4, relativo a la atención brindada a V1.

18.18 Narración de 6 de junio de 2014, signada por SP2 ante SP4, en la que asentó la atención brindada a V1 durante su traslado al UMAE.

19. Oficio 095217614621/0796 de 13 de junio de 2013, a través del cual el IMSS adjuntó los informes de los médicos que atendieron a V1 en la UMAE y el expediente clínico correspondiente, entre las que destacan las siguientes:

19.1 Resumen del Interrogatorio y Exploración Física de 21 de febrero de 2013, en la que AR8 diagnóstico a V1 con *“choque séptico, neumonía adquirida en la comunidad, postparo”* y refirió que presentó otro paro cardiorrespiratorio (cuarto).

19.2 Nota de Interconsulta de Infectología de las 11:05 horas de 22 de febrero de 2013, firmada por AR9 (omitió asentar su nombre completo, matrícula y especialidad) y MR1, en la que reportaron a V1 *“muy grave”*.

19.3 “Responsiva Médica” de 22 de febrero de 2013, en la que AR8 reportó a V1 con *“sospecha de bullying escolar, equimosis múltiples en espalda, cicatrices antiguas en distintas partes del cuerpo”*.

19.4 Valoración de Neurología de las 19:34 horas de 22 de febrero de 2013, elaborada por AR10 (omitió asentar su nombre completo), en la que encontró a V1 con *“lesión encefálica severa e irreversible derivada de*

manera directa del primer paro cardiorrespiratorio y favorecida por tres paros posteriores”.

19.5 Nota de Ingreso a UTIP Turno Vespertino de 23 de febrero de 2013, elaborada por AR11 (omitió asentar su nombre completo, matrícula y especialidad), MR2 y MR3, en la que encontraron a V1 intubado.

19.6 Nota de Evolución de Terapia Intensiva de Pediatría Jornada Acumulada de 24 de febrero de 2013, realizada por AR12 (omitió asentar su nombre completo, matrícula y especialidad), quien reportó a V1 *“muy grave”*.

19.7 Nota de Interconsulta Neurología de las 14:01 horas de 25 de febrero de 2013, en la que AR13 valoró a V1 con *“infarto cerebral en territorio limítrofe de la arteria cerebral media y arteria cerebral anterior y en hemisferio cerebeloso derecho, encefalopatía hipóxico isquémica, hemorragia subaracnoidea Fisher II, síndrome de hipertensión intracraneal, disfunción de tallo, edema cerebral severa”*.

19.8 “Neurocirugía Valoración” de las 19:36 horas de 25 de febrero de 2013, efectuada por AR14 (omitió asentar su matrícula y especialidad), quien reportó a V1 *“muy grave”*.

19.9 Nota de Interconsulta a Dermatología de 26 de febrero de 2013, en la que AR15 diagnosticó *“NEVO VERRUGOSO Y LINEAL”*⁶.

19.10 Nota Interconsulta de “ORL” (otorrinolaringología) de las 12:33 horas de 27 de febrero de 2013, en la que AR16 refirió traqueotomía por daño cerebral.

19.11 Resultados de Laboratorios de 27 de febrero de 2013, que mostraron en V1 *“anticuerpos anticitomegalovirus positivos”*.

19.12 Nota de Evolución de la UTIP de 28 de febrero de 2013, suscrita por AR17 (omitió asentar su nombre completo, matrícula y especialidad), en la que reportó a V1 *“muy grave”*.

19.13 Nota de Interconsulta de Infectología de 1° de marzo de 2013, suscrita por AR18 (omitió asentar su nombre completo, matrícula y especialidad), en la que indicó *“reporte de anticuerpos anti citomegalovirus positivos, estableciendo que no se considera paciente inmunocomprometido para pensar en infección por este virus”*.

19.14 Nota de Valoración de Neurología de las 14:41 horas de 4 de marzo de 2013, realizada por AR14 (omitió asentar su nombre completo, matrícula y especialidad) y MR4, en la que diagnosticaron: *“disfunción severa de tallo cerebral secundario a encefalopatía hipóxico isquémica”*.

⁶Lunar con forma de verruga.

19.15 Nota Quirúrgica de las 20:13 horas de 4 de marzo de 2013, suscrita por AR19 (omitió asentar su nombre completo) y AR20 (omitió asentar su nombre completo, matrícula y especialidad), en la que señalaron que realizaron traqueotomía a V1 para evitar úlcera o estenosis de la laringe.

19.16 Nota de Oftalmología Pediátrica, Servicio de Cornea de 5 de marzo de 2013, en la que AR21 estableció “pronóstico reservado a evolución”.

19.17 Nota de Interconsulta Infectología de 6 de marzo de 2013, en la que AR18 reportó a V1 *“inestable, hipotérmico, hipertensión intracraneal por edema cerebral severo y encefalopatía hipóxico isquémica por tomografía”*.

19.18 Indicaciones Médicas de las 08:22 horas de 9 de marzo de 2013, en la que AR8 prescribió medicamentos para V1.

19.19 Nota de Egreso por Defunción de las 13:22 horas de 9 de marzo de 2013, en la que AR12 asentó que V1 falleció a las 10:30 horas.

19.20 Informe Detallado de 6 de junio de 2013, en el que SP8 relató la intervención de los médicos que atendieron a V1 en la UMAE.

19.21 Resumen Clínico de 6 de junio de 2013, en el que AR10 informó su participación en la atención de V1.

19.22 Informe de 6 de junio de 2013, en el que AR11 narró la atención que brindó a V1.

19.23 Informe de 7 de junio de 2013, en el que AR8 relató su intervención en la valoración de urgencias de V1.

19.24 Resumen Médico de 7 de junio de 2013, en el que AR17 asentó su intervención en la atención de V1.

20. El 18 de julio de 2013, este Organismo Nacional recibió el oficio 196/13/II de la CEDH-J, mediante el cual anexó el oficio 366/2013, signado por SP9, a través del cual remitió las constancias que integran el AM1, entre las cuales destacan las siguientes:

20.1 Acuerdo de inicio de la AM1 de las 13:40 horas de 21 de febrero de 2013, de SP10 con motivo de la llamada telefónica efectuada por personal del Área de Trabajo Social del IMSS en Lagos de Moreno, Jalisco, reportando hechos posiblemente constitutivos de delito en agravio de V1.

20.2 Oficio IJCF/157/2013/02/AN/ML/02 de 21 de febrero de 2013, a través del cual SP11 emitió el dictamen en materia de medicina legal, en el que dictaminó que V1 “presenta abrasión lineal localizada en espina iliaca derecha” (herida abierta de la piel causada por una rozadura).

20.3 AM2 iniciada por SP14 el 22 de febrero de 2013, con motivo de la llamada telefónica realizada por una trabajadora social en turno del UMAE.

20.4 Acuerdo de 26 de febrero de 2013, suscrito por SP12, en el cual hizo constar la recepción de la AM1.

20.5 Declaración Ministerial emitida por V2 el 26 de febrero de 2013, en la que denunció hechos probablemente constitutivos de delito.

20.6 Declaración Ministerial de AR23 del 27 de febrero de 2013, en la que señaló el comportamiento de V1.

20.7 Declaración Ministerial de AR22 del 28 de febrero de 2013, en la que dijo que el día de los acontecimientos se encontraba con licencia médica.

20.8 Declaración Ministerial de T1 del 5 de marzo de 2013, en la que relató que el día de los hechos observó a V1 jugando con A.

20.9 Declaración Ministerial de T2 del 5 de marzo de 2013, en la que narró que V1 estaba triste y callado.

20.10 Declaración Ministerial de T3 del 5 de marzo de 2013, en la que refirió que V1 era juguetón y travieso.

20.11 Declaración Ministerial de A del 5 de marzo de 2013, en la que manifestó que el día de los hechos observó a V1 llorando.

20.12 Declaración Ministerial de T4, rendida el 5 de marzo de 2013, en la que expresó que A golpeaba a sus compañeros.

20.13 Acuerdo de inicio de la AM3, de 9 de marzo de 2013, suscrito por SP13, con motivo de la recepción del cadáver de V1.

20.14 Oficio 1851/2013 de 9 de marzo de 2013, signado por SP13, mediante el cual remitió las constancia de la AM3 al Agente del Ministerio Público competente (SP12).

20.15 Acuerdo de 12 de marzo de 2013, suscrito por SP12, mediante el cual acordó la recepción de AM3 y su acumulación a la AM1.

20.16 Oficio 112/2013 suscrito por SP14, recibido el 13 de marzo de 2013 por SP12, mediante el cual le remitió las constancias que integran la AM2.

20.17 Acuerdo de 13 de marzo de 2013, de SP12, mediante el cual recibió la AM2, agregándola a la AM1 y su acumulada AM3.

20.18 Oficio 102/2013 del 14 de marzo de 2013, suscrito por SP15, en el que le comunicó a la Secretaria Ejecutiva del Consejo Intermunicipal de la Familia que el diagnóstico social en el caso de V1 “al parecer es *bulling*” (*sic*).

20.19 Declaración Ministerial del 16 de marzo de 2013, en la que V3 narró que a partir del de los hechos V1 dejó de comer y estaba triste.

20.20 Declaración Ministerial del 25 de marzo de 2013, en la que T5 declaró que V1 le dijo que unos niños lo golpeaban en la escuela.

20.21 Declaración Ministerial del 25 de marzo de 2013, en la que T6 relató que el día que ocurrieron los hechos se percató que V1 estaba mojado en la frente.

20.22 Declaración Ministerial del 27 de marzo de 2013, en la que T7 dijo que V1 le expresó que unos niños lo trataron de ahogar con agua.

20.23 Declaración Ministerial del 27 de marzo de 2013, en la que AR4 relató la atención médica brindada a V1.

20.24 Declaración Ministerial del 27 de marzo de 2013, en la que AR1 reconoció las notas médicas relativas a la atención de V1.

20.25 Declaración Ministerial del 27 de marzo de 2013, en la que AR6 manifestó que atendió a V1 y lo encontró en estado de pánico.

20.26 Declaración Ministerial del 27 de marzo de 2013, en la que SP3 declaró que lo asentado en su reporte se lo expresó V1.

20.27 Declaración Ministerial del 27 de marzo de 2013, en la que SP1 expresó la atención médica brindada a V1.

21. Oficio DGC/1139/2013, suscrito por SP16, recibido en este Organismo Nacional el 24 de julio de 2013, mediante el cual la Contraloría de la SEP-J comunicó el inicio de la investigación administrativa IA relacionadas con V1, al que anexó diversa documentación, de la que se destacan las siguientes:

21.1 Oficio 1851/2013 del 9 de marzo de 2013, a través del cual SP13 remitió a SP12 la AM3, la cual contiene las diligencias siguientes:

21.1.1 Declaración Ministerial de V2 del 9 de marzo de 2013.

21.1.2 Nota Informativa de 13 de marzo de 2013, en la que SP20 señaló que la EP-1 era bi-docente (dos maestros) y diversas versiones sobre los hechos.

21.1.3 Escrito recibido en la CEDH-J el 22 de marzo de 2013, suscrito por AR23.

21.1.4 Escrito recibido en la CEDH-J el 27 de marzo de 2013, firmado por AR22, en el que relató los hechos en los que resultó afectado V1.

21.1.5 Acuerdo de inicio de investigación de queja de 17 de julio de 2013, con motivo de los hechos denunciados por V2 y V3, por negligencia del personal de la EP-1.

21.1.6 "Acta Circunstanciada" de 27 de agosto de 2013, realizada por la Contraloría de la Secretaría de Educación en Jalisco, que contiene las declaraciones de AR22 y AR23.

21.1.7 Acuerdo de 10 de septiembre de 2013, en el que la Contraloría del Gobierno de Jalisco determinó que no se acredita la

responsabilidad de algún servidor público de la EP-1, por acciones u omisiones que derivaron en la pérdida de la vida de V1.

22. Oficio DGC/1139/2013 del 24 de julio de 2013, mediante el cual SP16 remitió a este Organismo Nacional los documentos siguientes:

22.1 Nota informativa sin fecha, suscrita por SP17, en la que narró la intervención del equipo interdisciplinario y psicopedagógica de la CEDHJ en el que aplicaron el protocolo de acoso escolar o “*bullying*”, en el que se advierte que A agredía a sus compañeros, entre ellos a V1.

22.2 “Informe del Equipo Interdisciplinario de Intervención Psicopedagógica (EIIP)” de la SEP-J y sus reportes de 14, 20 y 22 de marzo de 2013.

23. Acuerdo de 10 de septiembre de 2013, en el que la Contraloría del Gobierno del Estado de Jalisco, en la IA determinó que no se acreditó la responsabilidad de algún servidor público de la EP-1 por acciones u omisiones que derivaran en los hechos en que perdiera la vida V1 y tampoco por las supuestas agresiones a las que se dice fue objeto V1 por parte de A, por lo que se envió al archivo como asunto concluido.

24. Opinión Médica elaborada el 9 de diciembre de 2013, por una experta de esta Comisión Nacional, relativa a las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1, en el HGZ-7 y la UMAE.

25. Opinión en Materia de Psicología emitida el 13 de enero de 2014, por una experta de esta Comisión Nacional, relativa a las consideraciones técnicas sobre la afectación psicológica que presentó V1.

26. Oficio DAJ/DLDC/0130/2014 de 17 de febrero de 2014, de la Secretaría de Salud de Jalisco, al que anexó copia del oficio SAO-078/14 mediante el cual dio respuesta a la Fiscalía General del Estado de Jalisco, sobre los resultados del análisis microbiológicos de las muestras de agua recabas el 21 de marzo de 2013 en la EP1.

27. Oficio 115/2014 del 19 de febrero de 2014, a través del cual SP18 comunicó a este Organismo Nacional las diligencias realizadas en la AM1.

28. Acta Circunstanciada de 14 de marzo de 2014, en la que la experta de este Organismo Nacional ratificó la opinión médica emitida el 9 de diciembre de 2013.

29. Opinión en Materia de Criminalística emitida el 4 de abril de 2014, por un experto de esta Comisión Nacional, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la mecánica de las lesiones que presentó V1.

30. Oficio 095217614BB0/1079 de 3 de julio de 2014, mediante el cual el IMSS informó a esta Comisión Nacional que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico, mediante Acuerdo de 30 de enero de 2014, resolvió improcedente la queja realizada por V2, anexando copia de su oficio 09521761 4620/472 dirigido a V2 notificando dicho Acuerdo.

31. Acta Circunstanciada de 13 de marzo de 2015, en la que se hizo constar la comunicación telefónica con la Fiscalía General del Estado de Jalisco, quien refirió que la AM1 en ese momento se encontraba con propuesta “para archivo” pues no se acreditó la culpa”. Posteriormente la AM1 fue remitida a la PGR por ser la autoridad competente.

32. Acta Circunstanciada de 20 de marzo de 2015, en la que se hizo constar la atención psicológica proporcionada a V3 en su domicilio.

33. Acta Circunstanciada de 26 de junio de 2015, en la que personal de esta Comisión Nacional asentó que se apersonó en la Subsede de la PGR en Lagos de Moreno, Jalisco, donde se proporcionó copias de las constancias de la AP, de las cuales se destacan las siguientes:

33.1 Acuerdo de Radicación de 6 de agosto de 2013, en el que SP19 hizo constar la recepción de copias certificadas de la AM1, por hechos denunciados probablemente constitutivos del delito de responsabilidad técnica profesional en contra de quien o quienes resulten responsables.

33.2 Acuerdo Ministerial de Convalidación de Actuaciones de 6 de agosto de 2013, realizada por SP19.

33.3 Dictamen Médico AIC/CGSP/CESP-MP/3780/20214 de 6 de mayo de 2014 de la PGR con relación a la atención médica brindada a V1 en el IMSS.

33.4 Primera Consulta de No Ejercicio de la Acción Penal en la AP de 23 de mayo de 2014, resuelta por SP19, apoyado en el referido dictamen en materia de medicina legal, en el que se concluyó que la atención médica brindada a V1 fue adecuada.

33.5 El 17 de junio de 2014, el AMPF, Auxiliar de la PGR determinó improcedente la citada Consulta de No Ejercicio de la Acción Penal, por faltar diligencias por practicar, y solicitó la opinión de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL) para evaluar la atención médica del IMSS proporcionada a V1.

33.6 Oficio 5615/14DGPCDHQI/2819 de 21 de octubre de 2014, de la PGR, a través del cual envió el oficio 4865/2014 de 16 de ese mes y año, signado por el AMPF a cargo de la AP en el cual refiere las diligencias realizadas y el estado procesal que guarda.

33.7 Opinión Técnica (expediente CAMEJAL 189/2014) de 10 de diciembre de 2014, emitida por la CAMEJAL, en el que concluyó que *“no existe evidencia de mala praxis médica”*.

33.8 Segunda Consulta de No Ejercicio de la Acción Penal de 19 de diciembre de 2014, suscrita por SP19, en la que argumentó que de acuerdo a la opinión técnica de la CAMEJAL, entre otras cuestiones, determinó que la causa de la muerte de V1 *“fue la falla orgánica múltiple en un paciente en estado de choque por lo que no hay datos en la historia clínica que el manejo de la vía aérea haya presentado mala praxis (...) que la causa*

principal de la muerte fue la encefalitis viral y el manejo en los servicios médicos fue indicado de acuerdo a los signos y síntomas del paciente (...) por lo que no existe evidencia de mala praxis médica”.

33.9 Acuerdo de 17 de febrero de 2015, del AMPF, Auxiliar de la PGR, en el que dictaminó improcedente la supracitada Consulta de No Ejercicio de la Acción Penal, puesto *“que los hechos al investigarse obedece a la probable comisión del delito de HOMICIDIO CON MOTIVO DE RESPONSABILIDAD MÉDICA PROFESIONAL”* y por diligencias que realizar.

34. Opinión Médica elaborada el 6 de agosto de 2015, por un experto de esta Comisión Nacional con relación al Dictamen Médico de la PGR y la Opinión Técnica de la CAMEJAL, en el que se ratificaron en todas y cada una de sus partes la Opinión Médica del 9 de diciembre de 2013 y su ratificación en el Acta Circunstanciada de 14 de marzo de 2014.

35. Acta Circunstanciada de 16 de marzo de 2016, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar que personal de la AMPF Mesa Única de PGR, Subsede de Lagos de Moreno, Jalisco, le informó que la AP fue remitida al Archivo.

36. Acta Circunstanciada de 15 de abril de 2016, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar que personal de la PGR de Lagos de Moreno, informó que la AP se determinó y autorizó el No Ejercicio de la Acción Penal y el 27 de abril de 2015 fue enviado al archivo definitivo.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

37. El 11 de marzo de 2013, la CEDH-J inició de oficio la queja 2497/2013/III, con motivo de la nota periodística publicada el día anterior, en el periódico “Milenio” por la muerte de V1 por “bullying”. En la misma fecha, recibió escrito de queja de Q, quien denunció negligencia médica por parte de los médicos del IMSS que atendieron a V1. Dicha queja, por razón de competencia, se recibió en este Organismo Nacional el 15 del mismo mes y año.

38. El 22 de abril de 2013, V2 y V3 formularon queja por comparecencia ante la CEDH-J en contra del personal médico del IMSS que atendieron a V1, la cual se recibió en este Organismo Nacional el 30 de abril de 2013. En esta última fecha V2 formuló queja vía telefónica en esta Comisión Nacional en contra del personal de la EP-1, por lo que con motivo de la concurrencia de competencias, por actos cometidos por los servidores públicos federales y locales, se radicó el expediente CNDH/1/2013/2353/Q.

39. El 2 de agosto de 2013, la CEDH-J determinó el archivo de la queja 2497/2013/III al concluir que no se contó *“con elementos que permitan acreditar los supuestos actos violatorios (...) consistentes en que [V1] perdiera la vida a causa de violencia escolar, maltratos o actos denigrantes ocasionados por uno o varios de sus compañeros; no existen elementos suficientes que permitan acreditar fehacientemente las violaciones en que pudieran haber incurrido el personal docente de la”* [EP-1]; sin embargo, solicitó a la Secretaría de Educación del Estado de Jalisco, diversas medidas preventivas consistentes en:

39.1 Realizar *“un diagnóstico sobre la situación que viven las y los estudiantes de la [EP-1], en el que participe personal médico, psicológico y pedagógico especializado a fin de identificar plenamente los generadores de la violencia del plantel escolar: (...) capacitación al personal directivo, administrativo, docente, estudiantes y padres de familia, sobre métodos, dinámicas y procesos (...) y evitar que ocurran hechos de violencia física, verbal o psicológica (...) e implementar proceso de acompañamiento de los menores de edad, a fin de que discernan de la mejor manera la pérdida de”* [V1], las cuales fueron aceptadas y cumplidas.

40. El 6 de agosto de 2013, se inició la AP con motivo de la recepción de la AM1⁷ a la que se acumularon la AM2⁸ y AM3⁹, por hechos probablemente constitutivos del delito de responsabilidad técnica profesional. El 23 de mayo de 2014, se hizo una primera Consulta de No Ejercicio de la Acción Penal, y el 17 de junio de 2014, se determinó su improcedencia. El 19 de diciembre de 2014, se hizo una segunda Consulta de No Ejercicio de la Acción Penal y el 17 de febrero de 2015, se determinó una segunda improcedencia, para que se realizaran diligencias por la probable comisión del delito de homicidio por responsabilidad profesional.

41. El 10 de septiembre de 2013, la Contraloría del Gobierno del Estado de Jalisco, en la IA determinó el archivo del asunto como concluido, al no haberse

⁷ SP10 la inició el 21 de febrero de 2013, por la llamada telefónica del Área de Trabajo Social del IMSS, en Lagos de Moreno, Jalisco, informando que en el Área de Urgencias del HGZ-7 se encontraba V1, al parecer agredido físicamente en su escuela y que sufrió un paro cardíaco durante su estancia médica.

⁸ SP14 la inició el 22 de febrero de 2013, por la llamada telefónica realizada por una trabajadora social en turno del Centro Médico de Occidente al parecer por la agresión sexual a un menor de edad. SP12 la recibió el 13 de marzo del mismo año y la agregó a la AM1.

⁹ SP13 la inició el 9 de marzo de 2013, por el ingreso del cadáver de V1 al Servicio Médico Forense. SP12 la recibió el 12 de marzo de 2013 y la adjuntó a la AM1.

acreditado la presunta responsabilidad de algún servidor público de la EP-1 por acciones u omisiones que derivaron en la pérdida de la vida de V1 y tampoco por las supuestas agresiones a las que se dice fue objeto V1 por parte de A.

42. El 4 de julio de 2014, se recibió en este Organismo Nacional el oficio 095217614BB0/1079, mediante el cual el IMSS informó que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico el 30 de enero de 2014, resolvió improcedente el expediente administrativo originado con motivo de la queja de V2.

43. Acta Circunstanciada de 16 de marzo de 2016, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con personal de la AMPF Mesa Única de PGR, Subsede de Lagos de Moreno, Jalisco, quién informó que la AP fue remitida al Archivo.

44. Acta Circunstanciada de 15 de abril de 2016, en la que personal de esta Comisión Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con personal de la PGR de Lagos de Moreno, en la que informó que la AP se determinó y autorizó el No Ejercicio de la Acción Penal y el 27 de abril de 2015 fue enviado al archivo definitivo.

IV.OBSERVACIONES.

45. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2013/2353/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con

evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida de V1, atribuibles a personal médico adscritos al HGZ-7 y a la UMAE, consistente en inadecuada atención médica, en razón a las siguientes consideraciones:

A. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA. VIOLACIÓN A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

a) Atención médica brindada a V1 en el HGZ- 7.

46. El 20 de febrero de 2013, a las 15:00 horas V1 ingresó al Servicio de Urgencias del HGZ-7, donde fue valorado por AR1, como se advierte de su nota médica, en la que la que asentó: “(...) *es traído por su madre quien refiere astenia, adinamia, hiporexia (debilidad, decaimiento, cansancio y disminución del apetito) y con el antecedente de náuseas de dos días de evolución; a la exploración física (...) frecuencia respiratoria 36 por minuto, (...) con dolor leve en epigastrio y peristalsis levemente aumentado (...)*”, por lo que diagnosticó “*gastroenteritis probablemente infecciosa*”, indicó tomar abundantes líquidos, evitar ingesta de irritantes y prescribió 10ml de “*Trimetoprim*” con “*sulfametoxazol*” cada 12 horas por cinco días (antibiótico), media tableta de “*Metoclopramina*” cada 12 horas por tres días (regulador de la motilidad intestinal y anti nauseoso), dos goteros de “*paracetamol*” cada 8 horas por 3 días (analgésico antipirético), control por médico familiar y cita abierta a urgencias.

47. En opinión de la experta de este Organismo Nacional, AR1 omitió realizar una adecuada y acuciosa semiología¹⁰ del padecimiento de V1, preguntando sus antecedentes y estableció sin ningún criterio médico que V1 presentaba “gastroenteritis infecciosa”, la cual la mayoría de las veces es causada por patógenos virales¹¹, no obstante ello, AR1 prescribió medicamentos que no debieron administrarse rutinariamente a V1, dado que la referida enfermedad en niños habitualmente se autolimita, es decir, el organismo es capaz de resolverla por sí misma y no requiere tratamiento con antibiótico porque corre el riesgo de ocasionar efectos dañosos, esto es, alteración de la flora intestinal habitual.

48. Derivado de lo anterior, AR1 infringió el artículo 7 del RPM-IMSS que establece: “*Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores (...)*”, relacionado con la fracción II del artículo 33 de la LGS, relativa a las actividades de atención médica son: “*(...) curativas que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno (...)*”, en concordancia con el punto 5.6 de la NOM-027-SSA3-2013 “*Regulación de los Servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica*”, que dispone: “*(...) Los pacientes no deberán permanecer más de 12 horas en el servicio de urgencias (...) Durante ese lapso, se deberá establecer un diagnóstico presuntivo, su manejo y pronóstico inicial, con la finalidad de que el médico determine las posibles acciones terapéuticas que se deberán llevar a cabo dentro y fuera de dicho servicio, para la estabilización y manejo del paciente*”.

¹⁰Signos y síntomas de las enfermedades por sistemas para establecer un diagnóstico.

¹¹Agentes Infecciosos microscópicos que son capaces de generar un daño o enfermedad

49. AR1 omitió solicitar valoración por médico pediatra, especialista para atender a V1, a pesar de que contaba con dicho personal por encontrarse en un hospital de segundo nivel, que le hubiera permitido advertir el aumento de la frecuencia respiratoria de 36 respiraciones por minuto (normal hasta 25 por minuto) que presentó V1, signo indicativo de alteración y/o padecimiento respiratorio en evolución, como horas más tarde se documentó. Si bien es cierto la saturación de oxígeno fue de 98% (dentro de parámetros normales), también lo es que dicho marcador no descartaba la presencia de una patología respiratoria en ese momento.

50. AR1 incumplió el punto 7.2.1 de la NOM-004-SSA3-2012 *“Del expediente clínico”* relativo a las notas médicas de urgencias que indica: *“En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito (...) la solicitud, que deberá realizar el médico solicitante,...”*

51. Diez horas después, esto es, a las 24:20 horas (sic) de 21 de febrero de 2013, V2 y V3 llevaron a V1 por segunda ocasión al Servicio de Urgencias del HGZ-7, donde fue valorado por AR2, quien asentó en su nota médica del Departamento de Urgencias: *“Refiere menor que hace 2 días sufre agresión por parte de unos compañeros en su escuela, posteriormente refiere padre que inicia con periodos de ansiedad, al grado de no comer, no tolerar líquidos. Actualmente, menor ansioso mencionando constantemente que lo tienen amenazado (...)”*. A la exploración física reportó a V1 con frecuencia respiratoria de 36 por minuto y diagnosticó *“síndrome de ansiedad”* y le prescribió dos gotas de *“clonazepam”* vía oral dosis única (sedante ansiolítico) e indicó la alta de V1 de dicho nosocomio.

52. La experta de este Organismo Nacional en su opinión médica del 9 de diciembre de 2013 dictaminó que AR2 omitió realizar un interrogatorio y exploración física, completa, detallada y dirigida para investigar el tipo y forma de la agresión que a V1 le provocaba *“periodos de ansiedad, al grado de no comer ni tolerar líquidos”*, pasando desapercibido el aumento de la frecuencia respiratoria de 36 respiraciones por minuto (normal hasta 25 por minuto), lo cual era indicativo de compromiso respiratorio.

53. AR2 infringió el punto 6.1.1 de la NOM-004-SSA3-2012 que diseña que el interrogatorio: *“Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos (...) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas”*, así como el diverso 6.1.2 respecto a la exploración física que ordena: *“Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria), peso y talla, así como datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia (...)”*.

54. AR2 también omitió la hospitalización de V1 a efecto de iniciar protocolo de estudio (laboratorio o radiografías) para descartar lesiones orgánicas o desequilibrio electrolítico, ya que al no tolerar la vía oral (líquidos) podría cursar con deshidratación debido a la extraordinaria labilidad que tienen los niños para descompensarse, por tanto, quebrantó la fracción II del artículo 84 del RPM-IMSS que mandata: *“(...) procederá la hospitalización en cualquiera de los casos siguientes: II. Cuando el estado de salud del paciente requiera la observación*

constante o un manejo que sólo pueda llevarse a efecto en una unidad hospitalaria (...)”, relacionado con el diverso 5 del mismo ordenamiento legal que dispone: *“(...) El Instituto otorgará atención médica de urgencias al derechohabiente (...) hasta su estabilización, egreso o posibilidad de traslado o referencia (...)”*.

55. AR2, además, no solicitó valoración inmediata de Pediatría, Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social, a pesar de que V1 presentaba estado mental alterado, contando con dichas especialidades por tratarse de un hospital de segundo nivel, la cual le hubiera brindado a V1 la oportunidad de contar con un adecuado y oportuno diagnóstico y manejo, evitando las complicaciones graves e irreversibles con las cuales cursó posteriormente. Por tanto, AR2 incumplió el punto 7.2.1 de la NOM-004-SSA3-2012, relativo a las solicitudes de *“interconsulta de médico especialista”*, con relación a la fracción VI del ordinal 27 de la LGS que refiere: *“Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:(...)La salud mental”*.

56. La experta de este Organismo Nacional opinó que AR2 prescribió *“inadecuadamente el medicamento “Clonazepan”, que enmascaró el padecimiento respiratorio [que padecía V1, además dicho] fármaco de la familia de las benzodiazepinas no ha demostrado eficacia en el tratamiento para ningún trastorno de ansiedad en niños o adolescentes, y puede ocasionar en lugar de un efecto sedante y ansiolítico, agitación, ansiedad, irritabilidad, insomnio, agitación psicomotora, agresividad, dependencia, el cual debe ser indicado sólo por médicos especialistas, quienes valoraran el riesgo-beneficio y posibles efectos secundarios”*, incumpliendo AR2 con la GC-TANNYA-INP que recomienda las

dosis de inicio y dosis máximas de los principales antidepresivos utilizados en niños y adolescentes, entre los cuales no se encuentra el “Clonazepan”.

57. AR2 no le notificó a su superior jerárquico o autoridad correspondiente la situación de riesgo de V1, a pesar de que éste le manifestó que *“constantemente lo tienen amenazado”*, por lo cual transgredió la fracción V del ordinal 19 del RLGs-MPSAM que indica: *“(…) Notificar al Ministerio Público y, en su caso, a las demás autoridades competentes, los casos en que se les requieran servicios de atención médica para personas con (...) signos que presumiblemente se encuentren vinculadas a la comisión de hechos ilícitos (...)”*.

58. El 21 de febrero de 2013, sin poder establecer la hora, V1 se presentó a la Unidad de Medicina Familiar No. 177 del IMSS, donde SP1 lo reportó con *“HIPERTERMIA (...), CON MARCHA ATÁXICA, TEMBLOR FINO GENERALIZADO, PUPILAS DILATADAS, SIN RESPUESTA, ESTÍMULO POBRE, HIPERVENTILANDO, ANGUSTIADO, ANSIOSO (ILEGIBLE), AUMENTADOS EN SU FRECUENCIA 100 X MIN, AGREGADOS, NO PERMITE EXPLORACIÓN FÍSICA, PACIENTE VALORADO EN 2 OCASIONES (ILEGIBLE) DE CRISIS DE ANSIEDAD MANEJADO CON CLONAZEPAM GOTAS”*, y le diagnóstico ataxia (incoordinación de movimientos) y trastorno de ansiedad, por lo que lo envió a neurología para su valoración por urgencias, como se aprecia de la referencia-contrarreferencia de esa fecha.

59. Por tercera ocasión, V1 fue atendido en el Servicio de Urgencias del HGZ-7, esto es, a las 09:12 horas de 21 de febrero de 2013, donde AR3 lo encontró con *“Ansiedad”* e indicó aplicar 500 cc [centímetros cúbicos] de solución Hartman en

una hora; sin embargo, omitió realizar un adecuado interrogatorio y exploración física, describir su estado clínico, el motivo de consulta y establecer un diagnóstico, por lo que contravino los referidos puntos 6.1.1 y 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012, relativos al interrogatorio y exploración física, así como el diverso 6.1.4 que se refiere a que el personal médico debe determinar el diagnóstico correspondiente. Además, AR3 indicó *“sin justificación médica la administración intravenosa de 500 cc de solución Hartman en una hora, porque no existe constancia”* del motivo por el cual ameritaba V1 dicho medicamento.

60. A las 09:40 horas del 21 de febrero de 2013, V1 fue valorado por AR4, quien lo reportó con “crisis de ansiedad” y asentó que el 19 de febrero de 2013, sufrió *“AGRESIÓN FÍSICA POR TERCEROS DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE LA ESCUELA (...) QUE LO TUMBARON AL SUELO Y COMENZARON A GOLPEARLO CON PATADAS (...) NIEGA PÉRDIDA DEL ESTADO DE ALERTA”*, desde entonces *“HA ESTADO CON MIEDO A TODO, INSOMNIO, ANOREXIA, TEMBLOR GENERALIZADO, DIAFORESIS”*, además asentó que V2 le informó que V1 no había ingerido alimento ni agua.

61. AR4 encontró a V1 *“(…) INQUIETO, ANSIOSO CON LABILIDAD EMOCIONAL, DIAFORÉTICO, TEMBLOR GENERALIZADO, APÁTICO, EVITA CONTESTAR PREGUNTAS, SOLO ASIENTE, DOLOR A LA PALPACIÓN EN REGIÓN PARIETAL DERECHA DISCRETO HEMATOMA SUBGALEAL, (...) NO EQUIMOSIS (...)”*, por lo que estableció *“PACIENTE POLICONTUNDIDO CON CRISIS DE PÁNICO SECUNDARIA A AGRESIÓN POR TERCEROS”. AMERITABA MANEJO INTRAHOSPITALARIO, VALORACIÓN POR PEDIATRÍA*

Y *PSIQUIATRÍA*” e integró diagnóstico de trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

62. AR4 indicó el ingreso de V1 a observación con ayuno hasta nueva orden, 500 cc de solución Hartman más 2 miligramos de *Diazepam* para una hora, protector de la mucosa gástrica (*Ranitidina*), analgésico (*Metamizol*), vigilancia del estado neurológico, solicitó radiografías en dos posiciones de columna cervical y tórax, revaloración con resultados e informar a trabajo social para notificar al Ministerio Público.

63. Sin embargo, AR4 omitió solicitar de manera urgente valoración multidisciplinaria para que le proporcionaran a V1 apoyo psicológico para contener o disminuir la ansiedad que presentaba y ordenar vigilancia estrecha, así como requerir médico especialista en pediatría disponible las 24 horas por tratarse de un hospital de segundo nivel, por tanto, incumplió el punto 7.2.1 de la NOM-004-SSA3-2012 relativo a la solicitud de interconsulta de médico especialista.

64. Además, AR4 *“inadecuadamente indicó la administración de diazepam y benzodicepina, los cuales no han demostrado eficacia en el tratamiento para ningún trastorno de ansiedad en niños, debido a que puede ocasionar agitación, ansiedad, irritabilidad, insomnio, agitación psicomotora, agresividad, dependencia [en lugar de efectos sedante y ansiolítico, además deben ser prescritos] sólo por especialistas, quienes valoraran el riesgo beneficio y posibles efectos secundarios”*.

65. De la misma manera AR4 ordenó suministrar a V1, 500 cc (centímetros cúbicos) de solución intravenosa de Hartman para una hora, desestimando que AR3 había indicado la misma cantidad de solución en similar lapso de tiempo, lo que implicó que en dos horas le administraron al paciente 1000 cc de solución Hartman, *“favoreciendo el derrame pulmonar con el que cursó más tarde, debido a que (...) extraordinaria labilidad¹² en pacientes pediátricos para descompensarse por un mal manejo de líquidos”*, incumpliendo AR4 el artículo 110 del RPM-IMSS que precisa: *“El médico tratante pondrá especial cuidado en la cuantificación de los medicamentos que prescriba, tomando en cuenta la naturaleza, evolución y control de la enfermedad (...)”*.

66. Cuarenta minutos después, esto es, a las 10:20 horas del 21 de febrero de 2013, el personal de enfermería del que se desconoce su nombre por ser ilegible, reportó a V1 con *“ansiedad, diaforesis¹³, dificultad respiratoria, deshidratado, refiere mucho miedo”* como se advierte de los Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones; sin embargo, dicho personal omitió notificar de inmediato al médico tratante de la referida condición clínica grave que presentaba V1, sobre todo por la *“diaforesis y dificultad respiratoria”*.

67. Asimismo, AR5 médico de base de turno, del que se desconoce su nombre omitió vigilancia estrecha, puesto que no advirtió esos síntomas indicativos de compromiso agudo en el estado de salud de V1, puesto que no existe constancia médica al respecto, por lo que infringió los lineamientos de los puntos 6.2, 6.2.2 y

¹² Estado psicológico característico por cambios frecuentes de humor, reacciones emocionales excesivas y variaciones contrapuestas en el estado de ánimo.

¹³ Excesiva sudoración que puede ser normal, resultado de una actividad física, respuesta emocional.

6.2.5 de la NOM-027-SSA3-2013 que establecen, para la atención del paciente en el servicios de urgencias, será necesario “(...) *valorar continua y permanentemente a los pacientes que se encuentran en el área de observación, así como registrar las notas de evolución, por turno al menos cada 8 horas y cuando existan cambios clínicos y terapéuticos significativos en las condiciones clínicas del paciente (...)*”; asimismo, dar “*seguimiento y vigilancia de los pacientes que fueron ingresados en el servicio, que permitan garantizar la continuidad de su manejo, sobre todo con motivo de los cambios de turno*”, correlacionado con el artículo 8 del RPM-IMSS que establece: “(...) *El personal de salud (...) deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes (...)*”.

68. Derivado de lo anterior, AR5 y el personal de enfermería transgredieron el artículo 7 del RPM-IMSS que prevé: “*Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores. De la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras (...) respecto del servicio que cada uno de ellos proporcione*”, relacionado con el punto 6.2.5 de la NOM-027-SSA3-2013, que dispone: “*Seguimiento y vigilancia de los pacientes que fueron ingresados en el servicio, que permita garantizar la continuidad de su manejo, sobre todo con motivo de los cambios de turno*”.

69. Tres horas después del ingreso de V1 al Servicio de Urgencias del HGZ- 7, es decir, a las 11:51 de 21 de febrero de 2013, V1 fue valorado por AR6, quien asentó en su nota médica:“ (...) *INGRESADO (...) POR ATAQUE DE PÁNICO,*

SECUNDARIO A BULLYING ESCOLAR INTENSO, LLEVABA TIEMPO RECIBIENDO GOLPES, ERA ARROJADO AL SUELO Y GOLPEADO, HASTA FINALMENTE EL 19 DE FEBRERO SUFRIÓ INTENTO DE AHOGAMIENTO, AL PARECER SEGÚN REFIERE EL NIÑO ESTABA TOMANDO AGUA Y FUE ABORDADO POR ATRÁS POR OTRO NIÑO QUIEN LE EMBROCO [cabeza abajo] EN LA CARA IMPIDIÉNDOLE RESPIRAR, NO LO COMENTÓ A NADIE, HASTA LLEGAR A SU CASA SU MADRE LO NOTÓ AISLADO, TEMEROSO Y SIN ADMITIR ALIMENTOS, EL CUADRO SE FUE INTENSIFICANDO HASTA SUFRIR PESADILLAS RELACIONADAS CON ESTE EVENTO TRAUMÁTICO, NULA INGESTA, HIDROFOBIA (...).

70. AR6 al examen clínico de V1 lo encontró con “(...) *TEMBLOR GENERALIZADO, FASCIES DE TERROR, PILOERECCIÓN, CONDUCTA REGRESIVA, ANGUSTIA GENERALIZADA MUCHO MÁS INTENSA A LOS ALIMENTOS EN GENERAL Y MÁS INTENSA AL AGUA, LLANTO FÁCIL, CONTINUA SIN ACEPTAR INGESTA (...)*”, por lo que diagnóstico “*trastorno de estrés postraumático*” e indicó aplicar 2 miligramos de “*Diazepam*” en 250 mililitros de solución *Hartman* para pasar en 8 horas, recomendó a los padres de V1 no dejarlo solo, darle contención y solicitó su envío urgente a paidopsiquiatria¹⁴ de tercer nivel para su atención integral, descartado daño orgánico por tomografía, radiología y examen generales.

¹⁴Psiquiatra de Niños y adolescentes, médico que se especializa en el conocimiento del desarrollo emocional del niño de sus antecedentes biológicos, sin hacer a un lado la dinámica familiar y las características personales de los padres, pero tomando en cuenta el momento histórico y social en el cual cada niño se desenvuelve.

71. Los expertos en medicina y psicología de esta Comisión Nacional fueron coincidentes en determinar que AR6 debió haberle brindado a V1 atención psicológica de inmediato, observando la evolución de los síntomas físicos y psicológicos, esperar la reacción del paciente para proporcionarle contención (consolarlo, distraerlo, relajarlo y calmarlo), *“explicándole el procedimiento para darle confianza, brindarle en la medida de lo posible psicoterapia cognitivo conductual centrada en el trauma, recomendable en niños con síntomas severos de trastorno de estrés postraumático”*, la cual debe ser adaptada a la edad del niño, circunstancias y nivel de desarrollo como lo establece la GRR-DMESPT, sumado a que dicho documento sugiere que: *“En niños mayores de 7 años de edad, el tratamiento farmacológico no debe considerarse de rutina, se deberá valorar la condición y severidad de los síntomas además de la comorbilidad”* (trastorno o enfermedad adicional) del paciente, empero, AR6 *“inadecuadamente recomendó a los padres no dejarlo solo, darle contención”*, circunstancia que le correspondía brindarle al paciente y ordenar vigilancia estrecha por personal médico y de enfermería.

72. AR6 tampoco le comunicó a su superior jerárquico (Director del Hospital) o autoridad correspondiente (Ministerio Público) para deslindar responsabilidades, a pesar de reportar a V1 con *“Bullying escolar intenso, intento de ahogamiento, trastorno de estrés postraumático”*, por lo que transgredió lo dispuesto en la fracción V del ordinal 19 del RLGS-MPSAM.

73. A las 12:50 horas de 21 de febrero de 2013, AR4 valoró a V1 y asentó en la nota de evolución y actualización del cuadro clínico que *“CURSA CON PARO CARDÍACO AL ESTAR EN RAYOS X POR LO QUE INGRESA A SALA DE*

SHOCK, INFORMA EL PERSONAL DE CAMILLERÍA QUE DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA TOMOGRAFÍA, SÓLO ESTABA CON ANSIEDAD, CUANDO PASÓ A RAYOS X (...) IBAN A TOMAR LA RX (radiografía) LATERAL DE CERVICALES Y MENCIONA QUE TIENE NÁUSEAS Y VOMITA DESPLOMÁNDOSE EN EL SUELO”.

74. AR4 reportó que V1 ingresó a sala de choque en *“paro cardiorrespiratorio¹⁵ en asistolia”* e iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas, saliendo a ritmo sinusal (ritmo cardíaco normal) después de diez minutos 83/45 mmHg (hipotensión arterial severa), taquicárdico (145 lpm), saturación de oxígeno al 97%, abundantes secreciones de la vía aérea, ausencia de reflejo corneal, midriasis bilateral, agregando a los diagnósticos integrados *“trastornos del equilibrio de los electrolitos y de los líquidos y paro cardíaco con resucitación exitosa”*.

75. La experta de este Organismo Nacional refirió que el paro cardiorrespiratorio súbito que presentó V1 fue debido a una estimulación nerviosa parasimpática, que produjo disminución de la contractilidad y conducción cardíacas, falla circulatoria y asistolia (paro cardíaco), que provocó caída de la presión arterial y originó isquemia cerebral, así como rápida pérdida de la conciencia, y la causa que desencadenó dicha reacción fue el *“choque séptico, sepsis severa con foco neumónico y derrame pleural”*, complicaciones graves que no fueron advertidas ni manejadas adecuada y oportunamente en dicho paciente con *“pánico, intento de ahogamiento y trastorno de estrés postraumático”*.

¹⁵ Cese brusco de la circulación sanguínea con interrupción del aporte oxígeno a los tejidos.

76. El personal del servicio de Rayos X y de camillería omitió brindar de inmediato a V1, el apoyo vital básico o primario antes de los tres minutos de acontecido el paro, evaluar el estado de conciencia del paciente, revisar la vía aérea para valorar el estado de ventilación, observar si respiraba, hiperextender el cuello (esta maniobra puede provocar que se inicie la respiración nuevamente al facilitar la circulación de aire por la vía respiratoria), o cuando menos brindarle respiración boca a boca, maniobra más usual en pediatría por las dimensiones faciales que permiten una ventilación más efectiva soplando lentamente por 2 segundos, comprobando visualmente que el tórax se expanda con cada insuflación, ventilando de manera que se cumplan unas 18 a 20 respiraciones por minuto en el paciente pediátrico, en el entendido de que todos los miembros del equipo de salud intrahospitalario tienen el deber de saber y practicar continuamente la reanimación cardiopulmonar, sobre todo al encontrarse en un hospital general que se presume cuenta con personal calificado, ya que cada minuto de retraso disminuye considerablemente la posibilidad de vida, suministrando así oxígeno para satisfacer las mínimas necesidades de manera rápida y efectiva mientras se instalaban otras medidas de soporte (como la intubación).

77. Derivado de la omisión descrita, ocasionó la progresión del paro cardiorrespiratorio por más de tres minutos y el déficit en la oxigenación-perfusión del tejido cerebral de V1, siendo lo indicado continuar la reanimación-ventilación por el tiempo necesario para limitar en lo posible el deterioro encefálico, hasta la valoración del médico especialista o su ingreso al área de choque. Lo anterior porque no existe constancia médica escrita que así haya sido evidenciando.

78. Este Organismo Nacional considera que existe responsabilidad institucional del HGZ-7, al no supervisar al personal auxiliar que intervino en el manejo del paciente, pues al encontrarse en un hospital de segundo nivel en urgencias, el personal es especializado y debería conocer el soporte vital básico para brindar auxilio a una persona que sufre un parocardiorrespiratorio, por tanto, se contravino el artículo 7 del RPM-IMSS que establece: “(...) *tendrán responsabilidad (...) de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno de ellos proporcione. El instituto será corresponsable con el personal referido (...)*”, relacionado con el 8.1 de la NOM-027-SSA3-2013, que apunta: “*Las características del personal profesional y técnico que intervenga en la atención médica de los pacientes en el servicio de urgencias, deberán ser acordes con el tipo de establecimiento (...)*”.

79. Tal situación evidencia la omisión en la supervisión y vigilancia estrecha por parte de los médicos tratantes que valoraron o tuvieron a su cargo a V1, antes de llevarlo a la toma de estudios de gabinete (tomografía y radiografías), a pesar de haberlo reportado con “*ansiedad, diaforesis, dificultad respiratoria, mucho miedo, y trastorno de estrés postraumático*”.

80. Lo anterior se confirmó dado que V1 ingresó al área de choque aún en paro cardiorrespiratorio, mismo que fue revertido después de aproximadamente diez minutos, tiempo más que suficiente que provocó daño neurológico severo, irreversible e incompatible con la vida, en el entendido que cada minuto de retraso en la oxigenación disminuye considerablemente la posibilidad de vida del paciente,

tal como lo indica la literatura médica universal vigente, pues después de 12 minutos de la pérdida de conocimiento, la supervivencia es sólo del 2%.

81. AR3, AR4, AR5 y AR6 incumplieron los puntos 6.2, 6.2.2 y 6.2.5 de la NOM-027-SSA3-2013 que establecen, para la atención del paciente en el servicios de urgencias, la necesidad de *“(...) valorar continua y permanentemente a los pacientes que se encuentran en el área de observación, así como registrar las notas de evolución, por turno al menos cada 8 horas y cuando existan cambios clínicos y terapéuticos significativos en las condiciones clínicas del paciente (...);* asimismo, dar *“Seguimiento y vigilancia de los pacientes que fueron ingresados en el servicio, que permitan garantizar la continuidad de su manejo, sobre todo con motivo de los cambios de turno”.*

82. A pesar de que V1 presentó una condición clínica grave, AR4 omitió solicitar valoración por terapia intensiva, ya que se trataba de una urgencia que ponía en peligro la vida del menor, entendiéndose como urgencia conforme al artículo 72 del RLGS-MPSAM *“(...) todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata”;* en similares términos lo define la NOM-027-SSA3-2013, por tanto, AR4 incumplió además el artículo 48 del RLGS-MPSAM que dispone: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...),”* relacionado con la fracción III del artículo 27 de la LGS, que precisa que la atención medica integral, incluye la *“atención de urgencias”,* la cual es un derecho de los beneficiarios de conformidad con la fracción XII del ordinal 77 bis 37 de la referida ley.

83. A las 13:58 horas de 21 de febrero de 2013, AR7 valoró a V1 y lo reportó con los antecedentes descritos; además, indicó la administración de atropina y adrenalina (para favorecer el funcionamiento cardiaco), tendiente a la hipotensión (93/7mmHg), taquipneico y taquicárdico (aumento de la frecuencia respiratorio y cardiaca), extremidades frías, pupilas discretamente dilatadas, con escasa respuesta a la luz, Glasgow de 3 (indicativo de deterioro neurológico severo e irreversible), con automatismo respiratorio, saturando al 95%, área cardiaca rítmica, con excoriaciones de un centímetro de diámetro en el costado derecho, sin hematomas o equimosis, ano cerrado, reflejos osteotendinosos ausentes¹⁶, con movimientos clónicos (temblores) de la mano izquierda.

84. Los resultados de laboratorio mostraron en V1 persistencia de la leucocitosis y desequilibrio electrolítico, la tomografía de cráneo sin edema o hemorragia intracraneales, por lo que AR7 integró el diagnóstico de “*estado postparo (...)*”, indicando como plan de manejo ayuno, soluciones, antimicrobiano de amplio espectro (*ceftriaxona*), aminos, anticonvulsivantes y monitoreo cardiaco continuo, notificar al Ministerio Público e informando del estado de salud a los padres; sin embargo, AR7 no solicitó valoración por Unidad de Cuidados Intensivos a efecto de brindarle a V1 una atención especializada con vigilancia las 24 horas por su estado de salud grave, por tanto, infringió el referido punto 7.2.1 de la NOM-004-SSA3-2012.

85. V1 fue valorado por SP2, quien diagnosticó “*choque séptico, sepsis severa con foco neumónico, derrame pleural (colección anormal de líquido en los pulmones), estado postparo, policontundido (...)*”, inestable hemodinámicamente, por lo que

¹⁶ Se obtienen percutiendo los tendones, observándose una contracción súbita del músculo.

indicó referirlo a un hospital de tercer nivel y lo reportó “muy grave” a V3 con riesgo de sufrir nuevo paro cardiorrespiratorio en el traslado, continuando con manejo médico señalado.

86. En Opinión Médica de este Organismo Nacional el “*choque séptico, sepsis severa con foco neumónico, derrame pleural*” son padecimientos graves que no fueron diagnosticados ni manejados adecuada y oportunamente por AR3, AR4, AR5 y AR6, lo cual se confirmó con el hecho de que no se señalan en ninguna nota médica previa al *paro cardiorrespiratorio*, dado que dichos padecimientos no son de aparición súbita, sino que se manifestaron inicialmente con aumento de la frecuencia respiratoria, diaforesis, dificultad respiratoria y taquicardia, datos que pasaron desapercibidos para dichos galenos.

87. AR3, AR4, AR5 y AR6 incumplieron lo previsto en la fracción II del artículo 33 de la LGS, relativa a las actividades de atención médica como las “II. *Curativas, que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno (...)*”, relacionado con el punto 5.6 de la NOM-027-SSA3-2013, respecto a que los médicos deben establecer diagnóstico presuntivo, su manejo y pronóstico inicial, así como el ordinal 48 del RLGS-MPSAM que dispone:“(...) *Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)*”, y el numeral 71 del RPM-IMSS que establece: “(...) *El médico tratante, en todos los casos, deberá dejar constancia de sus atenciones en los registros clínicos y formatos de control institucional (...)*”, relacionados con los diversos 7 y 8 del mismo ordenamiento legal, relativo a la responsabilidad de los médicos que atiendan a

los pacientes, por lo que deberán dejar constancia en el expediente clínico de esa atención.

88. El 21 de febrero de 2013, V1 fue diferido a la UMAE (hospital de tercer nivel) y de acuerdo al informe de SP2, durante el traslado, el paciente presentó dos paros cardiorrespiratorios, por lo que le brindaron maniobras de reanimación avanzada y al llegar al hospital entregó a V1 con signos vitales estables.

b) Atención médica brindada a V1 en la UMAE.

89. A las 22:45 horas de 21 de febrero de 2013, V1 ingresó al Servicio de Urgencias de la UMAE, donde AR8 lo encontró: “(...) *intubado (...) fiebre, frecuencia respiratoria de 24 por minuto, frecuencia cardiaca de 68 por minuto, hipotenso (...) presentando un cuarto paro cardiorrespiratorio, iniciando de inmediato maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas (...)*”, por lo que diagnosticó “*choque séptico, neumonía adquirida en la comunidad, postparo*”, y estableció pronóstico reservado a evolución, reportándolo grave a sus familiares.

90. A las 11:05 horas de 22 de febrero de 2013, V1 fue valorado por AR9 y MR1, quienes lo reportaron con choque séptico, neumonía, casi ahogamiento, estado postparo, taquicárdico, hipotenso, en mal estado general, por laboratorio con anemia y leucocitosis, solicitó protocolo de estudio para descartar neuroinfección con tomografía de cráneo, punción lumbar¹⁷ con toma de citológico y citoquímico (muestreo para análisis) de líquido cefalorraquídeo, reportándolo “muy grave”.

¹⁷ Denominada punción espinal, de la cual se extrae líquido cefalorraquídeo para determinar la presencia de una enfermedad o lesión.

91. El 22 de febrero de 2013, AR8 reportó a V1 con *“sospecha (...) de bullying escolar, equimosis múltiples en espalda, cicatrices antiguas en distintas partes del cuerpo”*.

92. En la valoración de neurología generada a las 19:34 horas del 22 de febrero de 2013, AR10, asentó: *“(...) refiere la madre que intentaron ahogar con un vaso de agua dulce tomada de la llave, aparentemente objeto de bullying y ha sido golpeado por sus compañeros (...)”*, ordenó manejo con aminas (fármacos antiparo), sedación (medicamento para tranquilizar), encontrándolo con palidez generalizada, estertores bronquiales bilaterales, tomografía de cráneo con borramiento de surcos y cisuras, y hemorragia subaracnoidea.

93. En la Opinión Médica de este Organismo Nacional, lo descrito por AR10 era indicativo de lesión encefálica severa e irreversible derivada de manera directa del primer paro cardiorrespiratorio y favorecida aún más por los tres paros posteriores (presentados en el HGZ-7 y durante su diferimiento al hospital de tercer nivel).

94. Derivado de la condición clínica grave, V1 ingresó a la UTIP el 23 de febrero de 2013, donde AR11 lo encontró: *“(...) intubado (...), sedoanalgesia, inactivo, hiporreactivo (...) campos pulmonares con buen entrada y salida de aire, (...) abdomen asignológico [sin dolor], manejándolo con soluciones, (...) profilaxis antitrombótica [fármacos para evitar la formación de trombos] (...) antimicrobianos (...) antiviral e interconsulta por Neurología y Neurocirugía (...)”*

95. El 24 de febrero de 2013, AR12 reportó a V1 *“muy grave”* con probable *“encefalitis viral vs meningitis bacteriana, descartar neumonía adquirida en la*

comunidad, choque séptico, estado postparo, estado epiléptico, insuficiencia renal probable prerrenal, encefalopatía hipóxica isquémica”, sin poder realizar la toma de líquido cefalorraquídeo mediante punción lumbar debido al severo edema cerebral que podía provocar muerte súbita, continuando con manejo médico y vigilancia estrecha.

96. A las 14:01 horas de 25 de febrero de 2013, AR13 valoró a V1 y le diagnosticó *“infarto cerebral en territorio limítrofe de la arteria cerebral media y arteria cerebral anterior y en hemisferio cerebeloso derecho, encefalopatía hipóxica isquémica, hemorragia subaracnoidea Fisher II¹⁸, síndrome de hipertensión intracraneal, disfunción de tallo, edema cerebral severa (...) sin criterios para determinar muerte cerebral (...)”*

97. A las 19:36 horas de 25 de febrero de 2013, AR14 encontró a V1 con disfunción del tallo cerebral por la zona de infarto, edema cerebral severo, hemorragia e hipertensión intracraneal y estableció que se encontraba fuera de manejo neuroquirúrgico y no era candidato a un procedimiento invasivo para toma y medición de la presión intracraneal, sugiriendo abrir ventana neurológica, retirar sedación y lo reportó “muy grave”.

98. El 26 de febrero de 2013, AR15 en su nota de interconsulta a dermatología registró que V1 presentaba *“NEVO VERRUGOSO LINEAL”*, y no ameritaba tratamiento específico.

¹⁸ Sangrado encefálico severo y Fisher es la clasificación.

99. A las 12:33 horas de 27 de febrero de 2013, AR16 anotó en su nota de interconsulta ORL que le informó a los familiares de V1 que le realizaría traqueostomía por daño cerebral y manejo de secreciones al paciente en cuanto se normalizaran sus tiempos de coagulación. Los resultados de laboratorio de esa fecha, que le fueron practicados a V1 reportaron *“anticuerpos anti-citomegalovirus positivos, padecimiento infeccioso de origen viral, que fue tratado con Aciclovir (antiviral)”*.

100. El 28 de febrero de 2013, AR17 redactó en su nota de evolución que V1 presentó *“infarto cerebral en territorio limítrofe de la arteria cerebral media y arteria cerebral anterior frontal derecha y en hemisferio cerebeloso derecho, encefalopatía hipóxico isquémica, hemorragia subaracnoidea Fisher II, síndrome de hipertensión intracraneal, estado postparo en cuatro ocasiones, probable neuroinfección, disfunción del tallo, estado epiléptico en control, neumonía, meningoencefalitis por citomegalovirus [inflamación e infección viral del encéfalo y sus cubiertas] (...) la especialidad de psiquiatría cito a los padres ese día (...), lo reportó “muy grave” con riesgo de infección, sangrado, choque, falla orgánica múltiple y muerte”*.

101. El 1° de marzo de 2013, V1 continuó en terapia intensiva, donde fue valorado por AR18, quien lo encontró con los antecedentes y diagnósticos citados, con edema cerebral severo, aumento de la hemorragia subaracnoidea y del infarto confirmados por nueva tomografía, pero sin criterios para determinar muerte cerebral, sólo con disfunción del tallo cerebral, con probable encefalitis viral, alzas térmicas, *“sin foco infeccioso agregado evidente”*, por laboratorio con disminución de las plaquetas y proteína C reactiva elevada (marcador que se eleva en

infección por citomegalovirus), y reporte de anticuerpo anti citomegalovirus positivos estableciendo que *“no se considera paciente inmunocomprometido para pensar en infección por este virus”*.

102. A las 14:41 horas de 4 de marzo de 2013, AR14 y MR4, diagnosticaron a V1 disfunción severa de tallo cerebral secundario a encefalopatía hipóxico isquémica, precisando neurocirugía *“por nuestra parte sin manejo que ofrecerle al momento se sugiere retiro de sedación”*, en condición crítica y con pronóstico malo para la vida a corto plazo.

103. El 4 de marzo de 2013 a las 20:13 horas, AR19 y AR20 le realizaron traqueostomía a V1 para evitar úlcera o estenosis (disminución del diámetro) en la laringe por intubación prolongada, previa firma de hoja de consentimiento informado por sus familiares como se aprecia de la nota quirúrgica de esa fecha.

104. El 5 de marzo de 2013, AR21 reportó a V1 con queratitis (inflamación de la córnea) en ambos ojos y estableció pronóstico reservado a evolución con riesgo de secuelas.

105. El 6 de marzo de 2013, AR18 valoró a V1 para reajuste de antibióticos y lo reportó con edema cerebral severo y encefalopatía hipóxico isquémica por tomografía, por laboratorio con leucocitosis y continuar con mismo esquema, como lo asentó en su nota de interconsulta infectología.

B) PÉRDIDA DE LA VIDA DE V1.

106. El 9 de marzo de 2013, AR8 prescribió medicamentos adecuados para V1, pero debido a la gravedad e irreversibilidad de los padecimientos del paciente, no mejoraron su estado de salud y a las 09:00 V1 presentó paro cardiaco que revertió con maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar, y una hora después, es decir, a las 10:00 horas, le dio nuevo paro cardiorrespiratorio irreversible al manejo del médico y falleció a las 10:30 horas como se advierte de la nota de egreso por defunción, suscrita por AR12.

107. La experta de este Organismo Nacional consideró en su Opinión Médica que durante el tiempo (21 de febrero al 9 de marzo de 2013) que V1 permaneció hospitalizado en la UMAE, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20 y AR21 corrigieron dentro de lo posible las complicaciones que presentó V1, sin embargo, omitieron realizar estudio epidemiológico e investigar el origen de la neumonía, de la infección por citomegalovirus, indagar las rutas de trasmisión para establecer la forma de contagio, si fue por líquidos corporales o biológicos como orina, si estuvo en contacto con otros niños o fue infectado previamente, investigar los contactos, realizar cultivos celulares de biopsia de tejidos y lavado bronquialveolar, indicar precauciones de contacto y estándar, lo que les hubiera permitido establecer si se contagió al estar en contacto con algún fluido biológico como la orina, pues no existen constancias médicas al respecto.

108. AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 AR17, AR18, AR19, AR20 y AR21 incumplieron el artículo 48 del RLGS-MPSAM que dispone:

“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)”, relacionado con el ordinal 115 del referido ordenamiento legal que indica: “(...) Sólo podrán ser responsables (...) los médicos especializados en pediatría (...) tendrán la obligación de tomar las medidas necesarias para disminuir la morbimortalidad (...) escolar acatando las recomendaciones que para tal efecto dicten los comités nacionales respectivos”.

109. Los médicos tratantes transgredieron los artículos 7 y 43 del RPM-IMSS que puntualizan: *“Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores”, “El personal de salud deberá, en todo momento (...) procurando un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente (...)”.*

110. Por tratarse de un caso médico-legal, a las 22:00 horas del 9 de marzo de 2013, SP5 y SP6 realizaron una primera necropsia de ley, en la que detallaron como causa de muerte de V1 *“(...) insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía, coadyuvada por infarto cerebral (...)”.*

111. SP6 y SP7 en una segunda necropsia efectuada el 22 de marzo de 2013, pues era necesario realizar una revisión necrológica del cuerpo para esclarecer dudas en la investigación ministerial y para obtener material biológico susceptible de estudio microscópico, determinó como causa de muerte directa: *“(...) encefalomielitis de origen viral con agente etiológico pendiente por determinar (...)”* y las causas de muerte indirecta: *edema cerebral severo a consecuencia de*

una encefalopatía hipóxico isquémico por hemorragia subaracnoidea coadyuvando una neumonía aguda bilateral y falla orgánica múltiple (...)”.

112. En opinión de la experta de este Organismo Nacional el “*edema cerebral severo y hemorragia subaracnoidea*”, secundarias a la encefalopatía hipóxico isquémica, fue provocada por el primer paro cardiorrespiratorio que el personal del HGZ-7 tardo más de 10 minutos en revertir como quedó precisado. La “*neumonía aguda bilateral*” fue adquirida en la comunidad, sin poder establecer el agente etiológico, debido a las omisiones descritas por parte de los médicos tratantes. Respecto a la infección por “*citomegalovirus*” (es un virus que se trasmite por contacto directo con líquidos corporales) que padeció V1 y que fue confirmada por resultados laboratoriales de 27 de febrero de 2013, tiene como una de las principales formas de contagio el contacto directo con fluido biológico como la orina que puede ser fácilmente aspirado.

113. La experta de este Organismo Nacional en su Opinión Médica del 14 de marzo de 2014, confirmó que V1 padeció infección por “*citomegalovirus*” por los hallazgos descritos por SP7 en la segunda necropsia, consistentes en “*(...) el dolor abdominal del niño era provocado por los ganglios mesentéricos inflamados (adenitis mesentérica) en donde se encontró otro virus causal diferente (citomegalovirus) (...)*”, que de, acuerdo a la literatura médica universal vigente, la infección por citomegalovirus es un problema grave de salud pública por su alto riesgo de contagio.

114. SP7 en el oficio IJCF590/2013/MP/AP de 21 de mayo de 2013, que desde el punto de vista del área de patología forense “*la causa de la muerte de [V1] fue*

debida a una Mieloencefalitis Viral por Virus de la Varicela Zoster, aunada a la insuficiencia respiratoria debida a neumonía aguda en fase congestiva (...). Al respecto, la experta de este Organismo Nacional dictaminó que dicho padecimiento médico agregado, no fue protocolizado ni manejado adecuadamente debido a la imposibilidad de la punción lumbar, toma de muestras para estudio microbiológico, por el edema cerebral severo que pudiera condicionar muerte súbita al puncionarlo.

115. De las irregularidades descritas y analizadas, se acreditó la inadecuada atención médica por parte del personal médico del HGZ-1 y de la UMAE que impidieron garantizar con efectividad a V1 el derecho a la protección a la salud, que trajo como consecuencia la pérdida de la vida.

116. La Corte Interamericana de Derechos Humanos (CrIDH) ha sostenido que: *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido (...).”*¹⁹

117. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 15 del 23 de abril de 2009 “Sobre el derecho a la protección de la salud” estableció que: *“ (...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de*

¹⁹ “Caso de los Niños de la calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”, sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad". Se reconoce que la protección a la salud "(...) es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud." Se advirtió, además, que "el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado".

118. El Comité de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas emitió la Observación General 15, sobre *"El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud"*, previsto en el artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño en el que reconoció: *"(...) la noción de más alto nivel posible de salud tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas, sociales, culturales y económicas previas del niño (...) los derechos se refieren al acceso a una amplia gama de instalaciones, bienes, servicios y condiciones que ofrezcan a cada niño igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud (...)"*²⁰.

119. Respecto a la salud mental, el referido Comité refirió: *"(...) prestar mayor atención a las problemáticas sociales y de conducta que socavan la salud mental, el bienestar psicosocial y el desarrollo emocional de los niños (...) insta a los Estados que adopten un enfoque basado en la salud pública y el apoyo psicosocial para hacer frente a la mala salud mental de los niños (...) e invertir en enfoque de atención primaria que faciliten la detección y el tratamiento precoces*

²⁰ Párrafos 23 y 24.

de los problemas (...) emocionales y mentales de los niños (...) absteniéndose de administrarles medicaciones innecesarias (...).²¹

120. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4º, párrafo cuarto, Constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, para proteger, promover y restaurar la salud de las personas. En el presente caso, el personal médico del HGZ-1 y de la UMAE, debieron considerar el estado integral de V1, siendo el caso que los primeros no diagnosticaron oportunamente el *“choque séptico, sepsis severa con foco neumónico y el derrame pleural”* que padeció V1, que no fueron manejados adecuadamente, además prescribieron tratamiento farmacológico ansiolítico que enmascaró dicha enfermedad respiratoria, aunado a su ineficacia en niños; asimismo, V1 presentó un paro cardiorrespiratorio que fue revertido después de aproximadamente 10 minutos, lo cual le provocó daño neurológico severo, irreversible e incompatible con la vida.

121. En cuanto al personal de la UMAE, omitió realizar un estudio epidemiológico e investigar el origen de la neumonía y la infección de citomegalovirus que presentaba V1, irregularidades de ambos hospitales que derivaron en la pérdida de la vida de V1.

122. De todo lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20 y AR21 vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1

²¹ Párrafos 38 y 39.

previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 4º, párrafo cuarto, constitucionales, 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º fracción II y VI, 23, 27, fracciones III, VI y X; 32, 33 fracción I y II, 51 párrafo primero, 72, 74, fracción I, 74 bis, fracción I, 77 párrafo tercero de la LGS; 8, fracción I y II, 9, 21, 26, 84 y 87 del RLGS-MPSAM; y 1, 4, 6, 7, 8 y 90 del RPM- IMSS; las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012, NOM-027-SSA3-2013, y las guías GC-TANNYA-INP y GRR-DMESPT.

123. En los numerales 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”); 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 10.3, 12.1 y 12.2, incisos a) y d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; I y XI de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se señala el derecho a la vida, la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos y se establece el margen mínimo de prestación en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad, especialmente de los niños, el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, y el deber de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad, entre las que debe figurar la reducción de la mortalidad infantil.

124. Además de los anteriores instrumentos internacionales, al tratarse V1 de un niño, perteneciente a un grupo en situación de vulnerabilidad por su corta edad,

son aplicables los artículos 15 y 28 de la Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes vigente al momento de los hechos; 6.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 1.1 y 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 12.2, inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y los principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño.

C) DERECHO A CONOCER LA VERDAD RESPECTO A LA ATENCIÓN MÉDICA DE V1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

125. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advierte que las notas médicas de la atención brindada a V1 en el HGZ-7 y en la UMAE, se observó que AR2, AR3, AR6, AR9, AR10, AR11, AR12, AR14, AR17, AR18, AR19 y AR20 omitieron asentar su nombre completo, cargo, rango, matrícula y algunos datos son ilegibles y presentan abreviaturas, por tanto, infringieron los lineamientos establecidos en el puntos 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012 que establece: *“Todas las notas en el expediente clínico deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables (...)”*, así como el diverso 5.11 que indica: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)”*.

126. El 21 de febrero de 2013, personal de enfermería, del que se desconoce su nombre, omitió notificar de inmediato al médico tratante en turno la condición grave que presentaba V1, por tanto, infringieron lo dispuesto en los puntos 9.1 y

9.1.5 de la NOM-004-SSA3-2012, relativo a la hoja de enfermería que indica: *“Deberá elaborarse por el personal en turno (...)”, “observaciones”*. Por su parte, AR5 del que también se desconoce su nombre, omitió en su nota médica describir la vigilancia estrecha que requería V1 debido a la diaforesis y dificultad respiratoria, por lo que infringió los puntos 7 y 7.2, relativo a las notas médicas en urgencias que establecen: *“Deberá elaborarla el médico cada vez que proporcione atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme en el numeral 6.2, de esta norma”*.

127. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

128. La inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, han sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en las Recomendaciones²² en las que se señalaron, precisamente, las omisiones en que las que ha incurrido el personal médico cuando las notas

²² 1/2011, 5/2011, 6/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011, 76/2011, 2/2012, 14/2012, 15/2012, 19/2012, 20/2012, 23/2012, 24/2012, 58/2012, 63/2012, 65/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 23/2013, 24/2013, 33/2013, 46/2013, 60/2013, 86/2013, 1/2014, 2/2014, 6/2014, 8/2014, 13/2014, 14/2014, 15/2014, 20/2014, 22/2014, 24/2014, 25/2014, 29/2014, 30/2014, 33/2014, 35/2014, 37/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015, 7/2015, 11/2015, 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 30/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 44/2015, 45/2015, 46/2015, 51/2015, 52/2015 y 8/2016.

médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos. A pesar de las Recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana “Del expediente clínico”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

129. La sentencia del “Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”²³, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha sostenido que: “(...) *la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades. La falta de expediente o la deficiente integración de éste, 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.*”

²³ Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 68.

D) VIOLACIÓN A LA INTEGRIDAD PERSONAL, A LA DIGNIDAD, AL SANO DESARROLLO Y DERECHO A LA EDUCACIÓN DE V1, DERIVADO DEL “BULLYING” DE QUE FUE OBJETO.

130. De las evidencias descritas y analizadas en el apartado que antecede, se concluye que V1 no recibió atención médica adecuada por parte del personal de los hospitales que lo atendieron, no obstante que mostro crisis de ansiedad, pánico, miedo, períodos de insomnio, temblor generalizado, hidrofobia, angustia, por lo que fue diagnosticado con trastorno de estrés post-traumático y presentó un paro cardiorrespiratorio que fue revertido después de aproximadamente diez minutos que le provocó daño neurológico severo e irreversible, asimismo en la UMAE omitieron realizar el estudio epidemiológico para investigar el origen de la neumonía y de la infección por citomegalovirus.

131. La Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) en la tesis constitucional define el *“bullying o acoso escolar”*²⁴ como *“todo acto u omisión que de manera reiterada agrede física, psicoemocional, patrimonial o sexualmente a una niña, niño, o adolescente realizado bajo el cuidado de las instituciones escolares, sean públicas o privadas”*.

132. El Tribunal Constitucional arribó a esa definición, dado que comprende de mejor manera las conductas constitutivas y que se ajusta al marco legal sobre el acoso escolar, después de realizar un análisis de la doctrina y diversos conceptos por parte del “Informe Mundial sobre la violencia contra los niños y niñas” de la

²⁴ Amparo Directo 35/2014 de 15 de mayo de 2015. Semanario Judicial de la Federación. Registro 2010139.

ONU²⁵, de “Poner fin a la violencia en la escuela: Guía para los Docentes” de la UNESCO²⁶, del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación,²⁷ del Programa nacional para abatir y eliminar la violencia escolar de la CNDH de 2009²⁸ y de la Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México.²⁹

133. También es aplicable la tesis aislada siguiente: **“BULLYING ESCOLAR. ELEMENTOS QUE CONFORMAN SU DEFINICIÓN.** *El acoso o bullying escolar consiste en todo acto u omisión que de manera reiterada agrede física, psicoemocional, patrimonial o sexualmente a una niña, niño, o adolescente; realizado bajo el cuidado de las instituciones escolares, sean públicas o privadas. Dicho concepto establece como conductas constitutivas de bullying, aquellos actos u omisiones los cuales al tener un carácter reiterado pueden dar lugar a un patrón de acoso u hostigamiento; señala a las niñas, niños y adolescentes como el sujeto*

²⁵ Considera el “Bullying” es un patrón de comportamiento más que un hecho aislado, siendo su forma más común la verbal, la cual si no es controlada puede derivar en violencia física. En efecto, el bullying debe distinguirse de otras formas de violencia porque representa un patrón de comportamiento y no un evento aislado.

²⁶ Reconoce que “un estudiante sufre de acoso cuando es objeto, repetidas veces a lo largo del tiempo, de un comportamiento agresivo que le causa intencionalmente heridas o malestar por medio del contacto físico, las agresiones verbales, las peleas o la manipulación psicológica. El acoso supone un desequilibrio de poder y puede abarcar la burla, la provocación, el uso de apodos hirientes, la violencia física o la exclusión social”.

²⁷ El “bullying escolar se emplea en la literatura especializada para denominar los procesos de intimidación y victimización entre iguales, es decir, entre compañeros de aula o centro escolar. Se trata de situaciones en las que uno o más alumnos acosan e intimidan a otro- víctima- a través de insultos, rumores, vejaciones, aislamiento social, apodos, etcétera (...) este maltrato intimidatorio puede tener lugar a lo largo de meses e incluso años, siendo sus consecuencias ciertamente devastadoras, sobre todo para la víctima, pero también para el ambiente de convivencia de grupo”. (Disciplina, violencia y consumo de sustancias nocivas a la salud en escuelas primarias y secundarias de México” Maria Antonieta Aguilera García, INEE, 2007, p.25)

²⁸ Define el “bullying” en términos internacionales como “la intimidación o maltrato entre escolares, de forma repetida y mantenida en el tiempo, casi siempre lejos de la mirada de los adultos, con la intención de humillar y someter abusivamente a una víctima indefensa, a través de agresiones físicas, verbales, psicológicas y/o sociales”.

²⁹ “Artículo 60 bis.- Se considera acoso escolar cuando al menos una persona se sienta ofendida en una interacción en la que participan dos o más individuos y se presente de manera reiterada en ámbitos escolares (...).” véase http://www.cndh.org.mx/Asuntos_Ninez.

receptor de la agresión; el concepto también establece el tipo de daño, el cual puede ser de diversa índole, físico, psicoemocional, patrimonial o sexual; finalmente, la definición denota el ámbito donde se propicia el acoso, aquel acoso que se realice en aquellos espacios en los que el menor se encuentra bajo el cuidado del centro escolar, público o privado".³⁰

134. En dicha tesis derivada de la referida ejecutoria del 15 de mayo de 2015, en el Amparo Directo 35/2014, la SCJN se adhiere al concepto de *"bullying"* que deja fuera los elementos de *"intención del agente agresor y el desbalance de poder"* que alude la doctrina, dado que esos requisitos podrían dejar fuera de protección varias conductas que la sociedad considera dañosas, puesto que para obtener la prueba que acredite la *"intención"* resulta difícil e innecesaria, toda vez que el daño a la víctima se causa con independencia de la intención del agresor, en cuanto a la *"situación de desventaja de la víctima frente a su agresor"* está implícita en el hecho dañoso, siendo irrelevante que la víctima esté o no en aptitud de defenderse.

135. Con relación a la *"especificación del período en el cual subsiste el acoso"*, el Tribunal Constitucional juzgó que basta exigir que esa conducta sea reiterada sin tener que dar cuenta de que la agresión se prolongue en un período determinado.

136. En las entrevistas de V2 y V3 rendidas el 22 de abril de 2013, ante personal de la CEDH-J, fueron coincidentes en el sentido de que: *"(...) el martes 19 de febrero de 2013, nos dimos cuenta que [V1] estaba triste y sin ánimos para comer,*

³⁰ Tesis constitucional, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación, octubre de 2015, registro 2010139

le preguntamos la razón y no quiso decirnos nada, al siguiente día como vimos que su salud empeoró, lo trajimos por la mañana al Hospital (...) como a la una de la tarde [V1] seguía mal de salud, sentía que se ahogaba y que no podía respirar, lo volvimos a llevar al hospital (...) el niño no podía hablar fácilmente, le faltaba el aire y decía que sentía que se ahogaba, ahí al psicólogo le dijo que un niño de nombre [A] lo quería ahogar con un baso (sic) de agua, y que lo amenazó que lo iba a golpear (...)".

137. El 21 de febrero de 2013, V3 en su declaración ministerial sostuvo que "(...) su hijo comenzó a decirle que otros niños le decían que lo iban a ahogar, que incluso dejó de comer y que derivado de ello fue que comenzó a sentirse mal al grado de ser necesario trasladarlo a recibir atención médica (...)".

138. Exposiciones de las que se desprende que V2 y V3, progenitores de V1, percibieron el estado emocional en el que se encontraba su hijo que se reflejó en su estado de salud, al grado que dejó de comer y advirtieron que no podía respirar y sentía que se ahogaba, motivo por el cual lo llevaron al HGZ-7.

139. Lo anterior, se robustece con las notas médicas generadas por la atención médica brindada a V1 en el HGZ-7 que integran el expediente clínico, entre las que sobresalen las siguientes:

139.1 Nota Médica del Departamento de Urgencias de las 24:20 (sic) horas de 21 de febrero de 2013, en la que AR2 asentó que "(...) refiere menor que hace dos días sufre agresión por parte de unos compañeros de su escuela, posteriormente refiere padre que inicia con periodos de ansiedad, al grado

de no comer, no tolera líquidos refiriendo constantemente que lo tienen amenazado (...)”.

139.2 Nota de Referencia y Contrarreferencia de 21 de febrero de 2013, en la que se advierte que V1 acudió a la Unidad de Medicina Familiar No. 177 del IMSS, donde SP1 anotó *“(...) acude traído por su madre, quien refiere (...) varios niños quienes lo tumbaron y patearon (...)*”.

139.3 Resumen de Interrogatorio y Exploración de las 09:40 horas de 21 de febrero de 2013, suscrito por AR4, en el que valoró a V1 y escribió *“(...) enterándose además que el 19 de febrero de 2013, sufrió agresión física por terceros dentro de las instalaciones de la escuela, quienes lo tumbaron y patearon en toda su economía, sin pérdida del estado de alerta, desde entonces ha estado con miedo a todo, con insomnio, anorexia, temblor generalizado, diaforesis (...) febril (...) no ha ingerido alimentos ni agua, clínicamente inquieto, ansioso con labilidad emocional, diaforético, temblor generalizado, apático, evitando contestar preguntas, señalando que era un paciente policontundido con crisis de pánico secundaria a agresión por terceros, trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).*

139.4 Valoración psiquiátrica de las 11:51 horas de 21 de febrero de 2013, realizada por AR6, quien describió en su nota médica a V1 con *“(...) ataque de pánico, secundario a bullying escolar intenso, llevaba tiempo recibiendo golpes, era arrojado al suelo y golpeado, hasta finalmente el 19 de febrero sufrió intento de ahogamiento, al parecer según refiere el niño estaba tomando agua y fue abordado por atrás por otro niño quien le embroco en la*

cara impidiéndole respirar, no lo comentó a nadie, hasta llegar a su casa su madre lo notó aislado, temeroso y sin admitir alimentos, el cuadro se fue intensificando hasta sufrir pesadillas relacionadas con este evento traumático, nula ingesta, hidrofobia, motivo por el cual es traído, al examen clínico se encuentra con temblor generalizado, fascies de terror, piloerección, conducta regresiva, angustia generalizada mucho más intensa a los alimentos en general y aún más intensa al agua, llanto facial, continua sin aceptar ingestas (...) Trastorno de Estrés Postraumático”.

140. Documentales que fueron analizadas por una experta de este Organismo Nacional, determinando desde el punto de vista clínico psicológico que“ [V1] *cuando fue valorado el 21 de febrero de 2013, por los médicos del [HGZ-7] sí cursaba con un Trastorno de Estrés Postraumático”*, de acuerdo al MDETM³¹, y a la GRR-DMESPT describen como síntomas de esta afección: miedo, sudoración, trastornos del sueño y del hambre, temblor generalizado, diaforesis, dolor de estómago, los cuales presentó V1 de acuerdo a las notas médicas descritas.

141. El diagnóstico de *“trastorno de estrés post-traumático”* determinado por AR6, en opinión de la psicóloga de este Organismo Nacional, cumple con los criterios que clasifica el MDETM, el cual especifica que *“cuando “la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático, amenazas para su integridad física, ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso (en niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados), el acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de:*

³¹ De la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos de América (DSM IV), Cuarta edición, Masson, Barcelona.

recuerdos, malestar y pensamientos (en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetidos donde aparecen temas o aspectos característicos de trauma, puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible), malestar psicológico intenso y respuestas fisiológicas que recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático"; lo cual presentaba V1 y cuya causa indica de este fenómeno era el llamado *"acoso escolar"*, criterio más que suficiente para que se le hospitalizara brindándole atención psicológica inmediata.

142. V1 presentó *"crisis de ansiedad y trastorno de estrés postraumático"*, que de acuerdo al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"³², explica que las *"víctimas de bullying pueden presentar sentimientos de resignación e indefensión, baja autoestima, sensación de rechazo social, aislamiento, sentir miedo y su vida amenazada y tener la sensación de no poder salir de la situación de violencia, el miedo puede provocar ausentismo escolar, bajo rendimiento académico y abandono escolar, así como manifestaciones físicas (dolor abdominal y de cabeza). También puede presentar "ansiedad y trastornos del sueño" (como el caso particular).*

143. Asimismo, la GRR-DMESPT en la definición de estrés postraumático dice que es un *"trastorno que surge como respuestas tardía o diferida a un acontecimiento estresante o una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarán por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (...)"*. Este tipo de trastornos en las niñas y los niños que viven un suceso al igual que los adultos tienen una reacción

³² García Fonseca Lourdes y Cerda de la O Beatriz, *"Bullying o acoso escolar"*, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Dirección General de Servicios Clínicos, 201

emocional inmediata, pudiendo presentar comportamientos regresivos, es decir, realizan conductas características de un estadio anterior del desarrollo que, en su momento ya superaron, presentan alteraciones del sueño, de la alimentación, miedos constantes, sobresaltos, dolor de estómago, de cabeza y náuseas otras formas en las que puede expresarse su angustia³³.

144. Lo anterior, se robustece con las manifestaciones del personal médico y trabajo social emitidos ante el Representante Social el 27 de marzo de 2013, en los términos siguientes:

144.1 AR4 ratificó sus notas médicas del expediente clínico que corresponde a V1 y manifestó que *“(...) sí tuvo contacto verbal con [V1] me dijo que lo habían “tumbado” al suelo unos compañeros de su escuela no me dijo cuántos, ni nombres (...) estaba muy inquieto, ansioso, temblaba, con facias de miedo y tenía lo que nosotros conocemos como la “habilidad emocional”, ya que cuando me explicaba se ponía a llorar (...).”*

144.2 AR6 declaró que el 21 de febrero de 2013, realizó una valoración psiquiátrica a V1, en la que precisó que *“(...) si tuvo contacto con V1 (...) detecté un estado de pánico (...) el interrogatorio fue inducido ya que el niño no hablaba por el estado de pánico en el que se encontraba (...) le pregunte directamente que le había pasado, a lo que me dijo que unos niños le pegaban, también me refirió textualmente que un niño me quiso ahogar embrocándome un vaso con agua, sin mencionar cuando había sido eso (...).”* Aludiendo que el ataque de pánico que presentaba V1 consistía

³³ infoansiedad.org/trastornos-de-ansiedad-2/ansiedad-infantil/.

en temor generalizado, taquicardia, sudoración profusa, el temor a lo desconocido, la fobia a los alimentos y la hidrofobia.

144.3 SP3 refirió que *“(...) si tuve contacto verbal con [V1] y que la versión que aparece en mi reporte la obtuve de él de viva voz (...) solo hablaba de un niño más grande, y tampoco menciono nombres de sus compañeros de escuela (...)”*, lo que se robustece con el estudio médico social efectuado por dicha profesionista el 21 de febrero de 2013, en el que asentó que por palabras del mismo paciente refirió que: *“(...) te voy a ahogar (...) y le empino el vaso por la nariz, y posteriormente lo tira al piso y empiezan a golpearlo entre varios niños, el maestro no estaba presente y que posteriormente le dijo te voy a violar y te voy a matar (...) el menor se encuentra en crisis de ansiedad, temeroso y en ratos con sudor frío y escalofríos (...)”*.

145. Depositiones que los referidos testigos apreciaron a través de sus sentidos, dado que fueron el primer contacto con la víctima en el momento que le brindaron atención médica, y quienes coinciden en que V1 les expresó la agresión física y verbal que era objeto de varios compañeros de la escuela, lo cual coincide con lo asentado en las notas médicas elaboradas por AR2, AR4, AR6 y SP1.

146. Este Organismo Nacional no pasa desapercibido que el Ministerio Público del fuero común no obtuvo el testimonio de V1 debido a que cuando arribó al hospital para esos efectos, V1 se encontraba imposibilitado por el paro respiratorio que padeció, sin embargo, ello no es obstáculo para tomar en cuenta los atestos precisados y experticia efectuada por la especialista en psicología de los cuales se

desprenden indicios que concatenados uno a uno, infieren que V1 era objeto de agresión física y verbal por parte de otros niños en su entorno escolar, describiendo particularidades de sus agresores a los médicos que lo atendieron en el HGZ-7 al señalar *“niños (varios), más grande que él” (refiriendo edad y tamaño), que iba en la misma escuela*”, aludiendo agresión física consistente en que lo *“tumbaron al suelo”* y lo *“quiso ahogar con un vaso de agua”*, así como agresión psicológica que se traduce en amenazas hacia su persona.

147. Las evidencias reseñadas y analizadas se fortalecen con la opinión realizada por los especialistas en psicología de la CEDH-J el 26 de marzo de 2013, en la que concluyeron que *“(…) de la dinámica efectuada entre los grupos de 1° y 2°, se puede evidenciar aspectos que también sugieren maltrato entre iguales de tipo verbal, físico y psicológico, ya que 9 de los 10 niños varones presentes, lo que representa 90%, mencionaron haber sido golpeados más de una ocasión por [A] (...) 15 de los 15 alumnos presentes, siendo el 100% afirman haber visto a [A] golpear a [V1], en diversas ocasiones (...) 15 de los 15 alumnos, lo que equivale al 100% refieren que [A] desde que está en la escuela ha golpeado a sus compañeros de salón y de otros salones (tomándolos y levantándolos del cuello, pateándolos, empujándolos, rompiendo sus pertenencias) (...), derivado de las observaciones, las entrevistas y los comentarios concluimos que efectivamente existe maltrato escolar entre iguales de tipo verbal, físico y psicológico. Asimismo, nos percatamos de que [A] si ejerce “bullying” de tipo físico hacia sus compañeros de estudio (...)*”.

148. Experticia efectuada por peritos en materia de psicología con los alumnos y compañeros de V1, basada en la observación directa de los niños entrevistados, la

encuesta y la entrevista psicológica clínica, en la que obtuvieron las manifestaciones libres, completas, opiniones y actitudes respecto a los hechos y móviles, en la que concluyeron que existe maltrato verbal, físico y psicológico entre los alumnos.

149. Este Organismo Nacional no desconoce que V2 y V3 señalaron que V1 le manifestó al psicólogo que lo atendió en el HGZ-7 que A era su agresor, sin embargo, de las notas médicas generadas por la atención médica que le fue brindada al paciente, los galenos no aludieron tal circunstancia.

150. Si bien no se cuenta con testigos presenciales de los hechos acaecidos el 19 de febrero de 2013, si existen indicios que infieren que V1 era objeto de agresión física y verbal de manera reiterada en su entorno escolar, como lo expresaron los 15 niños entrevistados por los especialistas de la CEDH-J, en las que coincidieron haber observado en varias ocasiones a A golpear a V1. Dicha agresión se intensificó al grado que fue diagnosticado por personal médico con *“trastorno de estrés postraumático”* de acuerdo a la sintomatología que presentó consistente en *“crisis de ansiedad, miedo, insomnio, temblor generalizado, ataque de pánico, angustia generalizada más intensa en los alimentos, llanto, fascies de terror”*, lo cual tiene su origen en que la persona fue expuesta a un acontecimiento traumático caracterizado por amenazas para su integridad física y por ello, respondía con temor.

151. AR23 y T2 expresaron que el 19 de febrero de 2013, percibieron a V1 con una conducta fuera de lo normal. AR23 en su declaración ministerial rendida el 27 de febrero de 2013, señaló que (...) *el día martes 19 diecinueve de febrero de este*

año, noté a [V1] sin ganas de trabajar desde que legó (sic) a la escuela a las 14:00 catorce horas, todo el rato estuvo recargado en su mesa de trabajo, hablaba muy poco con sus compañeros, eso se me hizo raro porque él no es así, no era su comportamiento normal, le pregunté si estaba enfermo, si le dolía algo, me contestó que estaba bien, que no le pasaba nada (...) al concluir el recreo [V1] regresó al salón pero seguía igual que al principio, no lo note más raro (...) tampoco lo vi mojado (...).no me di cuenta que algo hubiera pasado en la escuela el martes pasado con los niños (...) ese día [V1] nadamas salió en una ocasión al baño antes del recreo, fue el solo y regreso (sic)”

152. Por su parte, T2 declaró que V1 estaba *“agachado en su mesita del salón, el profe le preguntaba que tenía, si alguien le había pegado o si se sentía mal y él nada más decía que no tenía nada (...) todo ese día desde que llegó lo noté como triste (...) en el salón hablaba muy poquito”.*

153. Depositiones de la que se advierte que el 19 de febrero de 2013, V1 mostró una conducta que no era la acorde con su persona, puesto que AR23, T1, T2, T3 y T4, quienes se encontraban en el entorno escolar y convivían con él, fueron coincidentes al describirlo como *“inquieto, juguetón, hiperactivo”* antes de los acontecimientos.

154. T5 en su declaración ministerial emitida el 25 de marzo de 2013, refirió que (...) [V1] *me decía que fuera a su escuela porque unos niños le pegaban, le quitaban su comida y dinero, pero como yo no podía ir le decía que le dijera a su papá, pero [V1] siempre me decía que no porque tenía miedo que sus papás le*

fueran a decir a la directora de la escuela y los niños lo siguieran molestando (...) [V1] nunca me dijo el nombre de los niños que lo molestaban”.

155. Declaración de la que se advierte que V1 había solicitado ayuda a su vecino precisamente por las agresiones que sufría en su persona de manera física y verbal, refiriendo que era intimidado por otros niños.

156. Exposición que coincide con lo señalado por T7 ante el Representante Social el 27 de marzo de 2013, quien declaró que “(...) [V1] me dijo que un niño grande de 12 o 13 años (...) le quitaba el dinero que le daba su mamá (...) nada más decía que lo quisieron ahogar (...) dijo que el niño [A], le pregunté si le había dicho a sus papás de eso y me dijo que no porque (...) les iba hacer algo y que lo tenía amenazado, que si les decía les iba hacer algo a sus papás (...)”

157. Por su parte, A ante el Representante Social manifestó que: “(...) si es cierto que el último día que [V1] fue a la escuela (...) estábamos jugando futbol en el patio de la escuela (...) [V1] se cayó y se raspó en uno de sus brazos y por eso le ayude para que se sentara a un lado (...) porque ya no podía jugar (...) estuvo llorando un ratito (...) que no estaba ningún maestro viendo (...)”, circunstancias que no son acordes a la actitud que percibieron y describieron AR23 y T2 ese día.

158. De la evaluación realizada por la psicóloga de este Organismo Nacional, se aprecia que V1 presentó afectación psicoemocional o psicológico que se define como “(...) amenaza y conductas encaminadas a atacar la autoestima del

*individuo y aumentar su malestar, causando ansiedad, miedo e inseguridad personal (...)*³⁴.

159. Asimismo, V1 sufrió agresión física de acuerdo a sus respuestas a los médicos que lo atendieron en el HGZ-7, quienes asentaron en las notas médicas de las 13:58 horas de 21 de febrero de 2013 y de 22 del mismo mes y año, que V1 presentó múltiples equimosis, escoriaciones y una abrasión. En opinión del experto en criminalística de este Organismo Nacional, las primeras “(...) fueron inferidas mediante un mecanismo lesional de contusión con o contra una superficie de consistencia dura”, en tanto que las segundas por “(...) una superficie de consistencia dura y de bordes irregulares”, y la última “por fricción en contra de una superficie de consistencia dura y de bordes irregulares.”

160. La agresión física es considerada “empujones, puñetazos, patadas, golpes, destrucción de material y pertenencias”³⁵, lo que afectó la integridad física de V1.

161. En suma, este Organismo Nacional advierte que de las evidencias descritas y analizadas, se acreditó lo siguiente: **a)** Existió una acción de manera reiterada hacia V1 (receptor de la agresión). Al respecto la SCJN³⁶ ha sostenido que es válido presumir que existe una situación de acoso escolar cuando se evidencian “agresiones verbales o físicas con un carácter más o menos reiterado (...)”, lo cual se justifica, dado que “el acoso escolar puede ser difícil de advertir o probar ya que es frecuente que las víctimas estén demasiado asustadas para comunicar su

³⁴ “Programa Nacional para abatir y eliminar la violencia escolar”, CNDH, 2009, pág. 24.

³⁵ *Ibidem*, pág. 24

³⁶ Amparo Directo 35/2014, páginas 49, 50 y 51.

situación”, b) V1 sufrió agresión física y psicoemocional, *c)* en el ámbito escolar, como fue en el presente caso.

162. El acoso escolar o “*bullying*” que padeció V1 se presume de las manifestaciones emitidas por los alumnos ante los especialistas en psicología de la CEDH-J, las cuales se robustecen con las declaraciones ministeriales de T5 y T7 y con la opinión emitida por la experta en psicología de este Organismo Nacional, quien determinó que V1 presentó “trastorno de estrés postraumático” de acuerdo a los síntomas de miedo, sudoración, trastorno del sueño y del hambre que mostró la víctima.

163. De las evidencias analizadas en este apartado se aprecia que el “*bullying*” o acoso escolar de que fue objeto V1 tuvo como consecuencia afectación física y psicológica en la víctima, que implicó que fuera hospitalizado por tales circunstancias. En este sentido, la inadecuada atención médica del personal del HGZ-7 y de la UMAE consistió en:

- a) AR1 omitió una adecuada y acuciosa semiología y prescribió medicamentos que no eran los idóneos, además no advirtió el aumento de frecuencia respiratoria que presentaba V1, sin que solicitara valoración por el médico pediatra, y se procedió dar de alta al paciente.
- b) AR2 omitió realizarle un interrogatorio y exploración física a V1 para indagar las causas de su ansiedad, no se percató del aumento de frecuencia respiratoria que ameritaba su hospitalización, además no solicitó valoración multidisciplinaria inmediata por el estado mental alterado, por lo que no se

determinó un adecuado y oportuno diagnóstico. También inadecuadamente prescribió ansiolítico contraindicado en este tipo de pacientes que enmascaró el padecimiento respiratorio.

- c) AR3 omitió realizar un adecuado interrogatorio, exploración física y establecer un diagnóstico, y sin justificación médica, indicó la administración de solución intravenosa.
- d) AR4 diagnosticó a V1 *“trastorno de pánico”* e inadecuadamente indicó medicamentos que no han demostrado su eficacia en menores de edad, así como solución intravenosa sin que considerara que fue suministrado esa misma solución en la misma cantidad y similar tiempo, lo que favoreció el derrame pulmonar.
- e) A pesar de que el personal de enfermería reportó a V1 con *“diaforesis y dificultar respiratoria”*, omitió informarlo a AR5, quien no realizó una vigilancia estrecha y no advirtió esos síntomas, porque no existe constancia médica, sino tres horas después, AR6 valoró al paciente y lo diagnosticó con *“trastorno de estrés postraumático”*, pero no le brindó la atención psicológica inmediata.
- f) El 21 de febrero de 2013, V1 sufrió un primer paro cardiorrespiratorio que fue revertido después de 10 minutos, originado por *“choque séptico, sepsis severa con foco neumónico y derrame preural”*, complicaciones que no fueron detectadas y manejadas adecuadamente y que le produjo

encefalopatía hipóxico isquémica, a pesar de su condición clínica grave, además AR4 omitió solicitar valoración de terapia intensiva.

- g) Por su parte, AR7 reportó a V1 con “estado postparto”, pero no solicitó valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos; debido a su estado grave, fue referido a un hospital de tercer nivel (UMAE) y en el trayecto sufrió otros dos paros cardiorrespiratorios que fueron revertidos.
- h) Durante la hospitalización de V1 en la UMAE, los médicos tratantes omitieron realizar el estudio epidemiológico e investigar el origen de la neumonía, la infección por citomegalovirus e indagar las rutas de transmisión para establecer la forma de contagio, así como investigar los probables contactos, a pesar de que los resultados de laboratorio practicados a V1 reportaron anticuerpos contra citomegalovirus.
- i) Las omisiones descritas derivaron en la pérdida de la vida de V1.

164. De acuerdo al *“Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas”* en las escuelas ³⁷, *“(...) el acoso en la escuela normalmente tiene lugar cuando no está presente ningún maestro y cuando los estudiantes que lo presencian ni intervienen ni informan a los educadores o a otros funcionarios de la escuela (...)”*. Precisó en el rubro *“efectos en la salud”* que *“(...) La violencia en la escuela puede tener un impacto físico (...). Los efectos psicológicos pueden incluir afectación del*

³⁷ Por Paulo Sergio Pinheiro, experto independiente para el Estudio del Secretariado General de las Naciones Unidas, 2005, pág. 123 y 128.

desarrollo emocional, tristeza, depresión y mala salud mental a largo plazo, todo esto puede afectar a la salud física (...)”

165. Con independencia de que no se tiene fehacientemente identificado al o los agresores de V1, lo cierto es que el acoso escolar ocurrió en un centro educativo público, esto es, en el EP-1, donde los especialistas en psicología de la CEDH-J determinaron que no solo V1 era objeto de agresión, sino que también había maltrato escolar entre iguales de tipo verbal, físico y psicológico, por tanto, existe responsabilidad de las autoridades de la EP-1, puesto que al encontrarse la víctima bajo la guarda de la escuela, las autoridades del plantel tiene el deber de garantizar, al ejercer las facultades de guarda y custodia de los mismos, en sustitución de sus progenitores, por tanto, tenían la obligación de estar pendiente de que V1 no sufriera algún tipo de agresión tal y como lo determina el artículo 42 de la Ley General de Educación que establece: *“En la impartición de educación para menores de edad se tomarán medidas que aseguren al educando la protección y el cuidado necesarios para preservar su integridad física, psicológica y social sobre la base del respeto a su dignidad (...)*”.

166. Se advierte de las declaraciones de AR23 y T5, que sabían que A infligía agresión física a los alumnos del turno vespertino de la EP-1, entre ellos, a V1, pero las autoridades escolares minimizaron esa circunstancia y solo se limitaron a resolver de manera superficial al suspenderlo de asistir a clases, sin darle la atención psicológica que requería para conocer el origen de sus agresiones, puesto que era obligación de AR22 y AR23 proteger a V1 contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido y malos tratos, lo cual no hicieron, lo que generó un ambiente escolar inadecuado.

167. Además, AR22 y AR23 fueron omisos en tomar acciones preventivas, de protección, reacción o de información, pretendiendo justificar su actuar, al declarar AR22 que se encontraba con licencia médica cuando sucedieron los hechos y que no fue enterada de los mismos, sino hasta que acudió la policía a la escuela; pero tales circunstancias, no la eximen de responsabilidad, pues como se advierte de los diversos testimonio analizados, V1 fue objeto de reiteradas ocasiones de agresiones física y verbales, y de acuerdo a lo establecido en el artículo 7 del Reglamento para el Gobierno y Funcionamiento de las Escuelas de Educación Básica del Estado de Jalisco: *“La autoridad escolar será el Director, quien es el responsable de tomar decisiones para el funcionamiento de la escuela (...)”*, relacionado con el diverso 80 que indica: *“En los casos (...) un alumno (...) o que su conducta o actitudes pongan en riesgo la seguridad física o moral de sus compañeros (...) deberá recibir ayuda especializada que le permita reubicarse adecuadamente en el ambiente escolar (...)”*.

168. AR22 manifestó el 27 de agosto de 2013, ante la Contraloría de la Secretaría de Educación del Estado de Jalisco, que a partir de los acontecimientos, en la EP-1 se implementaron diversas acciones como pláticas informativas tendentes a evitar el acoso y violencia escolar, así como recomendaciones con motivo del resultado del *“termómetro bullying”* aplicado a los escolares por el grupo interdisciplinario de la Delegación Regional Altos Norte de la Secretaria de Educación del Estado de Jalisco, lo que implica que había violencia en la EP-1, por tanto AR22 infringió la fracción XIII del ordinal 140 de la Ley de Educación del Estado de Jalisco, por cuanto a: *“Tolerar conductas contrarias a la convivencia de la comunidad escolar (...)”*

169. AR22 infringió lo dispuesto en el artículo 178 de la LEEJ que indica: *“La autoridad educativa tiene la obligación de derivar hacia un especialista los casos de violencia y acoso escolar que se presenten en un centro educativo”*, concatenado con el diverso 183 de dicho ordenamiento legal que preceptúa: *“Las escuelas deberán generar actividades de capacitación u orientación al personal docente y de apoyo, para la prevención y atención del acoso y la violencia escolar, de conformidad con las disposiciones reglamentarias aplicables en la materia, así como a los lineamientos que, en su caso, establezca la Secretaria de Educación”*.

170. AR22 y AR23 incumplieron lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley General de Educación que puntualiza: *“En la impartición de educación para menores de edad se tomarán medidas que aseguren al educando la protección y el cuidado necesarios para preservar su integridad física, psicológica y social sobre la base del respeto a su dignidad (...)”* y lo previsto en el artículo 9 de la LEEJ que establece: *“En la impartición de todo tipo de educación para menores de edad, se tomarán las medidas que aseguren al educando la protección y cuidados necesarios para preservar su integridad física, psicológica y social, sobre la base del respeto a su dignidad (...)”*

171. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional que de las declaraciones ministeriales emitidas por AR22, AR23, T2 y T3, se desprenden que la población escolar de la EP-1 se integraba por dos grupos, el primero por 24 alumnos de 1°, 2° y 3° grado en el turno vespertino, en el cual se encontraba V1 y A, y el segundo formado por escolares de 4°, 5° y 6° en el turno matutino, todos con edades de 6 a los 12 años de edad, es decir, que en un salón AR23 impartía clases a las niñas y los niños de 1°, 2° y 3°, entre ellos, V1 de 1° grado y A de 3°

grado, justificando esa circunstancia SP20 en su nota al informar que a partir de la primera quincena de enero de 2013, la EP-1 quedó como bi-docente, esto es, AR22 a cargo del primer grupo (turno vespertino) y AR23 del segundo (turno matutino); sin embargo, cada grado escolar debe contar con un profesor con la finalidad de que los alumnos reciban los conocimientos, habilidades, formación de hábitos y conocimientos elementales acordes a su edad, privilegiando el interés superior de la niñez, principio rector para garantizar el desarrollo y efectividad de los derechos de las niñas y los niños de la EP-1, de conformidad con el artículo 7, fracción I, de la Ley General de Educación relativo a la educación que imparta el Estado y sus organismos descentralizados tendrán además de los fines establecidos en el párrafo segundo del artículo 3º constitucional, los siguientes: *“Contribuir al desarrollo integral del individuo, (...)”*.

172. En el “Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños de las Naciones Unidas”³⁸, advirtió en sus conclusiones que ningún tipo de violencia contra las niñas y los niños puede justificarse, toda violencia contra la niñez puede prevenirse, los estados tienen responsabilidad primordial de hacer que se respeten los derechos de los niños a la protección y prestar apoyo a las familias para proporcionar cuidados a los niños en un entorno seguro, puesto que la vulnerabilidad de los niños a la violencia está relacionada con su edad y capacidad evolutiva.

173. Este Organismo Nacional en su Recomendación General 21 sobre *“Prevención, atención y sanción de casos de violencia sexual en contra de las niñas y los niños en centros educativos”*, asumió que: *“(...) el crecimiento de niñas*

y niños en un entorno sin violencia, en donde prevalezca el respeto hacia su persona, coadyuva a su sano desarrollo físico y mental y propicia que éste se convierta en un miembro positivo para la sociedad, aunado a que las niñas y niños que no han vivido episodios de violencia durante su infancia tienen menor riesgo de realizar estas conductas tanto en ese periodo de su vida como en la edad adulta; en ese sentido, quienes tienen a su cuidado a niñas y niños cuentan con la responsabilidad de garantizar que estos se desenvuelvan en un ambiente libre de violencia, incluyendo por supuesto a quienes trabajan en centros educativos” (párrafo 20).

174. La Observación General No. 1 *“Propósito de la educación”*³⁸ de la UNICEF advierte que: *“(...) Las escuelas deben fomentar un clima humano y permitir a los niños que se desarrollen según la evolución de sus capacidades”*. En cuanto al entorno escolar revela que: *“(...) debe reflejar la libertad y el espíritu de entendimiento, paz, tolerancia, igualdad entre los sexos (...)” Una escuela en la que se permita la intimidación de los más débiles u otras prácticas violentas o excluyentes no cumplen con los requisitos del párrafo 1 del artículo 29* [de la Convención sobre los Derechos del Niño].

175. En la Observación General No. 13 *“Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia”* de las Naciones Unidas previene que: *“(...) La violencia pone en grave peligro la supervivencia de los niños y “su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social” (...) esos actos pueden causar (...) problemas de salud física (...) consecuencias psicológicas y emocionales (como*

³⁸Emitido el 29 de agosto de 2006.

³⁹ Anunciada en abril de 2001, párrafos 12 y 19.

(...) trastornos afectivos, trauma, temores, ansiedad, inseguridad y destrucción de la autoestima); problemas de salud mental (como ansiedad, trastornos (...) de la memoria) (...).⁴⁰

176. Derivado de lo anterior, se vulneró el derecho a la integridad personal de V1, previsto en el artículo 5.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como el derecho a la dignidad que de acuerdo al Tribunal Constitucional⁴¹ *“consiste en la posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según los propios deseos; así como en tener las condiciones materiales mínimas que garanticen la propia existencia. Sin embargo, este derecho también se proyecta sobre la intangibilidad de los bienes no patrimoniales, sobre la integridad física e integridad moral, y el derecho a vivir sin humillaciones”*, establecido en los artículos 1º, párrafo quinto constitucional; 1.1 y 11.1 de la referida Convención Americana sobre Derechos Humanos, y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

177. Asimismo, se transgredió su derecho a su sano desarrollo y a la educación de V1, pues que no se le brindó una educación de calidad, al encontrarse en un entorno escolar inseguro y no acogedor, en el que imperaba el acoso escolar o *bullying*, lo cual resulta contrario a los objetivos de la educación que, entre otros, señala que el plantel escolar, es el lugar donde deben formarse y socializar adecuadamente las niñas y los niños, por ello, la SCJN en la ejecutoria del 15 de mayo de 2015, reconoce que *“No es exagerado señalar que la seguridad del niño en el centro escolar constituye una base fundamental para el ejercicio de sus*

⁴⁰ Publicada el 18 de abril de 2011, párrafo 15.

⁴¹ Amparo Directo 35/2014, Pág. 32

derechos a la dignidad, integridad y a la educación”, por tanto, se transgredieron lo establecido en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 3º párrafo segundo, y 4º, párrafo noveno, constitucionales, 2º párrafo segundo, 7, fracciones I y VI, 8, 42 de la Ley General de Educación; 3º, 7, fracción I, 9 de la LEEJ; 2º, fracciones I, II y III, 4, fracciones I, III, IV y V, 14, fracciones II de la Ley de los derechos de niñas, niños y adolescentes en el Estado de Jalisco vigente al momento de los hechos; 19.1, 19.2, 29.1 inciso a) y b) de la Convención sobre los Derechos del Niño, 24.1, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 10.3, 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 19, Convención Americana sobre Derechos Humanos, 16, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, (“Protocolo de San Salvador”), 26.2 de la Declaración universal de derechos humanos, XII de la Declaración Americana de los derechos y deberes del hombre.

178. Los referidos ordenamientos nacionales e internacionales en términos generales establecen que el normal desarrollo de los niños y niñas abarca los aspectos físico, mental, espiritual, moral, psicológico y social del niño y que atendiendo al principio del interés superior de la niñez, se debe garantizar su desarrollo óptimo.

E) VIOLACIÓN AL PRINCIPIO DE INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V1.

179. De las evidencias reseñadas y analizadas, se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, A5R14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21 no atendieron la condición de V1, es decir, niño

de 7 años de edad, que pertenece a un grupo de población vulnerable, además de su derecho específico en su calidad de niño en desarrollo, que implicó medidas de protección y cuidados especiales que la SCJN “denomina reforzadas o agravadas”⁴² con la finalidad de que fuera protegido con mayor intensidad, lo cual se transgredió por parte del personal docente involucrado. También se transgredió por los médicos al no proporcionarle una atención con calidad para proteger y restaurar su salud, que derivó en la pérdida de la vida, a pesar de que se encontraba en hospitales de segundo y tercer nivel con médicos especialistas.

180. En tanto que, AR22 y AR23, omitieron brindarle protección superior a V1 en el centro escolar, donde fue objeto de violencia física y psicológica, precisamente por la situación especial de vulnerabilidad en la que se encontraba (menor de edad), sobre todo por los efectos devastadores de la violencia que ocasionaron en una persona en desarrollo que fue diagnosticado con “*trastorno de estrés postraumático*”.

181. El párrafo noveno del artículo 4º constitucional, respecto al principio del interés superior dispone: “*En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. (...)*”.

182. La Ley para la Protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes vigente al momento de los hechos, sancionaba en el artículo 3, inciso A: “*Son principios rectores de la protección de los derechos de niñas, niños (...): A. El del interés superior de la infancia (...)*”.

⁴² Amparo Directo 35/2014 de 15 de mayo de 2015.

183. La Convención sobre los derechos del niño de las Naciones Unidas, en su preámbulo puntualiza que los niños requieren “*protección y cuidado especiales*” y en el artículo 3.1 adoptó que: “*En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas (...) una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño*”.

184. La “Observación General No 14⁴³ sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial” del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (Artículo 3, párrafo 1) regula que “*La plena aplicación del concepto del interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holísticas del niño y promover su dignidad humana (...)*”.

185. En la misma Observación General 14, el Comité de los Derechos del Niño ha sostenido que el interés superior de la niñez es un concepto triple: “*un derecho sustantivo⁴⁴, un principio jurídico interpretativo fundamental⁴⁵ y una norma de procedimiento⁴⁶*”.

⁴³ Introducción, inciso A, numeral 5.

⁴⁴ *Ibíd*em, número 6 inciso a) el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial que se evalúe y tenga en cuenta el sopesar distintos intereses para tomar una decisión sobre una cuestión debatida, y la garantía de que ese derecho se pondrá en práctica siempre que se tenga que adoptar una decisión que afecte a un niño (...). ”.

⁴⁵ *Ibíd*em, inciso b) si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá la interpretación que satisfaga de manera más efectiva el interés superior del niño.

⁴⁶ *Ibíd*em, inciso c) siempre que se tenga que tomar una decisión que afecte a un niño en concreto (...), el proceso de adopción de decisiones deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la decisión en el niño (...).

186. La Convención Americana sobre derechos humanos en el artículo 19 indica que todo niño debe recibir *“las medidas de protección que su condición de menor requieren”*.

187. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha sostenido la protección especial “reforzada” que deben tener los niños, al puntualizar que: *“(…) los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos por parte (…) y el Estado (…) su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona (…)”*.⁴⁷

188. Lo anterior implica que la protección especial o reforzada que cuentan las niñas y los niños deriva aparte de su situación de mayor vulnerabilidad, por su calidad específica de que se encuentran en pleno desarrollo, por lo cual, en la medida en que el interés superior de la niñez sea una consideración primordial, se tomará la decisión que más satisfaga la atención médica integral de la salud de un niño o niña, frente a los riesgos y efectos secundarios, lo que en el caso particular no aconteció, debido a las irregularidades descritas por parte del personal médico tanto del HGZ-7 y de la UMAE, que en opinión de la experta de este Organismo Nacional, no le brindaron a V1 la atención oportuna y adecuada, lo cual deterioró su salud y derivó en la pérdida de vida.

189. Por su parte, AR22 y AR23 no tomaron las medidas oportunas y pertinentes para la prevención y atención del acoso escolar, pues conocían que uno de sus

⁴⁷“Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009 (Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas), párrafo 408.

alumnos presentaba problemas de agresividad hacia los demás escolares, minimizaron o ignoraron ese hecho como quedó analizado en el apartado que antecede, puesto que debieron asegurar la efectividad de los derechos de V1, bajo el principio del interés superior de la niñez.

190. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, A5R14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, AR22 y AR23 transgredieron los artículos 4º, párrafo noveno, constitucional; 1, 3 inciso A y 4, de la Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, vigente al momento de los hechos; 3 de la Convención sobre los derechos del Niño; 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José”); 12.2 inciso a) del Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales; principios 2 y 4 de la Declaración de los derechos del niño, 25.2 de la Declaración Universal de derechos humanos que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren niñas y niños, se deben atender primordialmente el interés superior de la niñez.

191. Los artículos 1º, fracciones I y II, 6, fracciones I, II, y VI, 13, fracción I y 14, de la Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes⁴⁸, reconocen el deber del Estado de proteger el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo de los niñas, niños y adolescentes. No pasa desapercibido para esta Comisión Nacional, que dicha legislación fue publicada con posterioridad a los hechos; sin embargo, las autoridades a las que se formula la presente Recomendación, deben considerarla como un referente jurídico válido, con la

⁴⁸ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2014.

finalidad de otorgar una protección más amplia en favor del interés superior de niño.

192. De lo expuesto, se advierte que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, A5R14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21, incumplieron las obligaciones contenidas en los 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 que tienen de cumplir con el servicio encomendado y *“abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público”*.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

193. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra vía lo es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con los artículos 1°, párrafo tercero, 108, 109 y 113, segundo párrafo, constitucionales; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al evidenciarse una violación a los derechos humanos, atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe

investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

194. Para tal efecto en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 62, 64, fracciones I, II y VII, 73 fracción V, 74, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del “Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas⁴⁹, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por las agresiones física y psicológica que sufrió V1 por niños de la EP-1, que afectó su estado emocional al grado que dejó de comer, razón por la cual acudió al HGZ-7 y a la UMAE, donde recibió una inadecuada atención médica que derivó en la pérdida de la vida de V1, se deberá inscribir a V1, V2 y V3 y demás familiares que conforme a derecho corresponda en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación.

195. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho*

⁴⁹ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015.

*internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*⁵⁰, y en diversos criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se establece que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

196. En el “Caso *Espinoza González vs. Perú*”, la Corte Interamericana de Derechos Humanos resolvió que: “(...) *toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado*”, además ordenó que “(...) *las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.*”⁵¹

197. Sobre el “*deber de prevención*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos, decidió que: “(...) *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación*

⁵⁰ Adoptados por la ONU el 16 de diciembre de 2005.

⁵¹ Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas), párrafos 300 y 301.

*de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte.*⁵² En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos de V1, que derivó en la pérdida de su vida, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados.

I. Daño al proyecto de vida

198. En el presente caso, los actos y omisiones atribuibles a los servidores públicos mencionados causaron un daño al proyecto de vida de V1 porque no le permitió su desarrollo personal; a V2 y V3 la pérdida de la vida de su hijo originó un menoscabo como familia, puesto que fueron afectadas sus expectativas y la forma como accedería a las mismas con V1. Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, concibió “*el proyecto de vida*” como “*(...) la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas (...) se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para*

⁵² “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” (Fondo), Sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.

*encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial.”*⁵³

II. Rehabilitación

199. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se debe brindar a V2, V3 y demás familiares de V1 que conforme a derecho corresponda la atención psicológica y/o tanatología que requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcance su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género a fin de contrarrestar el sufrimiento derivado de la muerte de V1. Esta atención, no obstante el tiempo transcurrido a partir de que acontecieron los hechos, deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos.

III. Satisfacción

200. En el presente caso, se advierte que las autoridades administrativas del IMSS y de la Contraloría del Gobierno de Jalisco determinaron la conclusión de las quejas presentadas ante dichas instancias; de igual manera, la PGR en Lagos de Moreno, Jalisco resolvió la AP con el no ejercicio de la acción penal y se envió al archivo definitivo; sin embargo, este Organismo Nacional de las evidencias

⁵³ “Caso *Loayza Tamayo vs. Perú*”, Sentencia de 27 de noviembre de 1998 (Reparaciones y Costas), párrafos 147 y 148.

reseñadas y analizadas advierte violación a derechos humanos cometidos en agravio de V1, por el personal médico del IMSS y del personal docente de la EP-1; por tanto, las autoridades recomendadas, conforme a los procedimientos internos, deberán dejar constancia de la presente Recomendación en el expediente administrativo de los involucrados, con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1, que derivó en la pérdida de la vida de V1.

Este Organismo Nacional no desconoce que la CEDH-J el 2 de agosto de 2013, resolvió el archivo de la queja, señalando que no contó con elementos que le permitieran acreditar los supuestos actos violatorios consistentes en que V1 perdiera la vida a causa de violencia escolar ocasionados por uno o varios compañeros, por tanto, no encontró responsabilidad por parte de las autoridades escolares. Al respecto, este Organismo Nacional de las evidencias reseñadas y analizadas en la presente Recomendación acreditó que V1 recibió inadecuada atención médica que derivó en la pérdida de la vida, pero también constató con diversas evidencias, entre ellas la experticia en psicología realizada por una especialista de esta Institución, que V1 fue objeto de agresiones físicas y psicológicas por parte de niños de la EP-1, que le ocasionaron afectación física y emocional, que motivó su ingreso al HGZ-7 y posteriormente a la UMAE, donde lamentablemente falleció.

Por lo expuesto, las autoridades recomendadas, conforme a los procedimientos internos, deberán dejar constancia de la presente Recomendación en el expediente administrativo de los involucrados, con motivo de las violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1, que derivó en la pérdida de la vida de V1.

IV. Garantías de no repetición

201. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas, por ello, es necesario que las autoridades del IMSS implementen un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos y la atención de urgencias en pediatría a todo el personal de los referidos HGZ-7 y de la UMAE, asimismo, sobre la debida observancia de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012 y NOM-027-SSA3-2013 y el contenido de las GC-TANNYA-INP y GRR-DMESPT, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos de los niños y las niñas. De igual forma, los manuales y cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad.

202. En todas las escuelas del Municipio de Unión de San Antonio, Jalisco de educación inicial y básica, en especial en la EP-1 en ambos turnos, se instale un buzón para que los niños y las niñas, sin temor, tengan la oportunidad de denunciar el maltrato o acoso escolar que sufren o que saben padecen otro niños o niñas, promoviendo la cultura de la denuncia de conformidad a la LEEJ. De igual manera, a los padres de familia se les proporcione pláticas sobre la violencia en las escuelas, sus consecuencias y prevención.

203. Asimismo, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del HGZ-7 y de la UMAE, en la que se les requiera 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, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado y profesional para atender casos similares al presente. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la LGS, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de la referida Ley.

V. Compensación.

204. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que las autoridades del IMSS otorguen una compensación a V2 y V3 conforme a derecho corresponda, derivado del daño a su proyecto de vida y por la pérdida de la vida de V1, cuyo monto deberá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, como consecuencia de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del HGZ-7 y de la UMAE en los términos descritos en esta Recomendación.

205. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 6º, fracción III, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

A usted, señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño en términos de la Ley General de Víctimas ocasionado a V2 y V3, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del HGZ-7 y de la UMAE, involucrados en los hechos, por violación a los derechos humanos detallados en la presente Recomendación, que derivaron en la pérdida de la vida de V1, que incluyan una compensación y se les proporcione atención psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Diseñar e impartir un curso integral a todos los servidores públicos adscritos al HGZ-7 y de la UMAE, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, la atención de urgencias en pediatría, de conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas y las guías de referencia señaladas en la presente Recomendación, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se instruya que los servidores públicos del HGZ-7 y de la UMAE, adopten medidas efectivas de prevención, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se adopten las medidas necesarias para que en todos los hospitales del IMSS que brinden el servicio de urgencias, especialmente el HGZ-7, sea oportuna y de calidad, con la finalidad de efectuar un diagnóstico temprano que permita establecer un tratamiento oportuno para atenuar, detener o en su caso revertir la gravedad que presentan los pacientes conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida al personal médico del HGZ-7 y de la UMAE, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas de conformidad a las disposiciones de la Secretaría de Salud, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia, conocimientos y habilidades suficientes para brindar un servicio médico adecuado para atender casos similares al presente, hecho lo cual, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Conforme a los procedimientos internos, se determine dejar constancia de la presente Recomendación en el expediente administrativo de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, A5R14, AR15, AR16, AR17, AR18, AR19, AR20, AR21 y se remita a este Organismo Nacional el documento que acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Inscribir a V1, V2, V3 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas a fin

de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

A usted, señor Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco:

PRIMERA. Se giren instrucciones a quien corresponda con la finalidad de que se imparta por personal especializado un curso de capacitación obligatoria a todo el personal, tanto docente como administrativo, que labora en las escuelas ubicadas en el Municipio de Unión de San Antonio, Jalisco, de educación inicial y básica, en especial en la EP-1, en ambos turnos, sobre derechos humanos en general y los relacionados con la niñez en particular, para la prevención e identificación de “*bullying*” o acoso escolar, y sean conocedores de la obligación que tienen al estar encargados de la custodia de las niñas y los niños, para protegerlos contra toda forma de maltrato, perjuicio, daño, agresión o abuso, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento

SEGUNDA. Se giren las instrucciones respectivas para que en todas las escuelas del Municipio de Unión de San Antonio, Jalisco de educación inicial y básica, en especial en la EP-1 en ambos turnos, se instale un buzón para que las niñas y los niños, sus padres y tutores sin temor, tengan la oportunidad de denunciar el maltrato o acoso escolar que sufren o que saben padecen otro niños o niñas, promoviendo la cultura de la denuncia, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se instruya a quien corresponda con la finalidad de que se convoque a los padres de familia y tutores de todas las escuelas del Municipio de Unión de San Antonio, Jalisco, de educación inicial y básica, en particular en la EP-1, en ambos turnos, para que se les brinden pláticas por especialistas, en la que se les informe el problema de la violencia en las escuelas, sobre todo las consecuencias que ocasionan en el ambiente escolar, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se giren instrucciones a quien corresponda con la finalidad de que las niñas y los niños que acuden a la EP-1 de acuerdo a su edad, en ambos turnos, tengan un profesor para el grado o grupo, con la finalidad de que su desarrollo sea integral, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Conforme a los procedimientos internos, se determine dejar constancia de la presente Recomendación en el expediente administrativo de AR22 y AR23, y se remita a este Organismo Nacional el documento que acredite su cumplimiento.

206. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por 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 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus

atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

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

209. 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 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, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las Legislaturas de las entidades federativas, su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ