



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 41 /2016

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA, POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE LA VIDA EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 200 DEL IMSS EN TECÁMAC, ESTADO DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 31 de Agosto de 2016

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

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/1/2013/3794/Q, relacionado con el caso de V.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

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 que podrán identificarse como sigue:

- **Tecámac.** Hospital General Regional No. 200 “Tecámac”, del IMSS, en el Estado de México.
- **“La Raza”.** Hospital General “Dr. Gudencio González Garza” del Centro Médico Nacional “La Raza”.
- **Ley.** Ley General de Salud.
- **NOM-004-SSA3-2012.** Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, *“Del Expediente Clínico”*.
- **NOM-006-SSA3-2011.** Norma Oficial Mexicana 006-SSA3-2011, *“Para la práctica de la anestesiología”*.
- **Reglamento de Atención Médica.** Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- **Reglamento de Prestaciones.** Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- **UTIP.** Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital “La Raza”.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

4. El 10 de febrero de 2013, V (adolescente con entonces 14 años de edad) acudió al Área de Urgencias de Tecámac debido a una lesión en la cara por haberse golpeado con un poste, donde fue valorado y se le diagnosticó *“traumatismo craneoencefálico moderado, fractura nasal G1 [grado 1], esguince cervical, laceración palpebral derecha, policontundido”*, pero como se encontraba neurológicamente íntegro, estable, con paraclínicos normales y no requería tratamiento quirúrgico de urgencias, se decidió que se realizaría cirugía correctiva en 3 ó 4 meses.
5. El 15 de febrero de 2013, V se presentó a Tecámac, donde lo reportaron con *“deformidad nasal postraumática”* e indicó cirugía y que se *“abriera expediente”*.
6. El 26 de febrero de 2013, V ingresó a Tecámac, donde fue intervenido quirúrgicamente por una rinoseptumplastía (cirugía de nariz), encontrándosele *“fractura nasal a expensas de pared lateral nasal y septum nasal”*, y se reportó la cirugía sin complicaciones, la cual concluyó a las 14:30 horas.
7. A las 14:30 horas de 26 de febrero de 2013, reportaron a V con hipotensión (baja presión arterial) y bradicardia (frecuencia cardíaca más baja de lo normal).
8. A las 14:35 horas de 26 de febrero de 2013, se retiró el tubo o cánula que conecta a las vías respiratorias de V, lo que produjo dificultad para respirar por sí mismo y, en consecuencia, presentó descenso de saturación de oxígeno en la sangre que le ocasionó paro cardiorrespiratorio, aunque después colocó



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

nuevamente el tubo o cánula, sin embargo, al transcurrir más de cinco minutos le causó encefalopatía hipóxica isquémica¹ severa.

9. El 27 de febrero de 2013, V ingresó a la UTIP, con el diagnóstico de “*encefalopatía hipóxica y estado postparto*”, donde le brindaron la atención médica adecuada, fue reportado como grave y con pronóstico negativo por el daño neurológico severo e irreversible que presentó, y por encontrarse postrado en cama durante el tiempo de su hospitalización adquirió múltiples procesos infecciosos que influyeron en el deterioro de su salud, que finalmente derivó en su deceso en su domicilio el 1° de abril de 2014.

10. El 30 de abril de 2013, Q1 presentó escrito de queja ante este Organismo Nacional, donde se radicó el expediente CNDH/1/2013/3794/Q. A fin de documentar las violaciones a derechos humanos se obtuvieron los informes y expediente clínico que remitió el Titular de Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

11. Escrito de queja de Q1, recibido en este Organismo Nacional el 30 de abril de 2013, en el que denunció que el 26 de febrero de 2013, V fue intervenido quirúrgicamente de nariz (rinoseptoplastía) en Tecámac, donde le indicaron que “todo salió bien”, pero que V “entró en coma”, motivo por el cual fue enviado a “La Raza”, donde le diagnosticaron daño cerebral severo y se le informó que causaría

¹ Síndrome producido por la disminución del aporte de oxígeno o la reducción mantenida del flujo sanguíneo cerebral al encéfalo.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

alta, por haber evolucionado favorablemente, pero Q1 señaló que se encontraba imposibilitada para atenderlo en su domicilio ante algún riesgo debido a que no se le brindó capacitación para ello, y adjuntó copia de otro escrito de 15 de abril de 2013, que firma con Q2 relatando los mismos hechos.

12. Oficio 095217614621/1038 del 1 de julio de 2013, a través del cual el IMSS adjuntó los informes sobre la atención médica de V y los expedientes clínicos de los hospitales Tecámac y “La Raza”, de los cuales destacan las constancias siguientes:

12.1 Informe de 18 de junio de 2013, en el que el Coordinador Clínico de Cirugía del Tecámac explicó la atención médica otorgada a V.

12.2 Informe sin fecha, en el que el Encargado de Terapia Intensiva Pediátrica de “La Raza” narró la atención médica proporcionada a V.

12.3 “Nota de Egreso por Mejoría en Urgencias” de 10 de febrero de 2013, en la que SP1 reportó a V con diagnóstico de ingreso: *“TEC [traumatismo craneoencefálico] MODERADO, FRACTURA NASAL GI, LACERACIÓN PALPEBRAL DERECHA”* y con diagnóstico de egreso: *“TRAUMATISMO CRANEONCEFALICO MODERADO, FRACTURA NASAL GRADO I, ESGUINCE CERVICAL, LACERACIÓN PALPEBRAL DERECHA, POLICONTUNDIDO”*.

12.4 Reporte de “Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello” de 15 de febrero de 2013, en la que AR1 encontró a V con *“deformidad nasal postraumática, por lo que se realizará cirugía y se abrirá expediente”*.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

12.5 Resultado de biometría hemática de 18 de febrero de 2013, practicada a V con parámetros normales.

12.6 “Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” de V de 22 de febrero de 2013, en la que AR1 asentó el 26 del mismo mes y año, para efectuar cirugía rinoseptumplastía.

12.7 “Nota Trans y Post Anestesia” de las 14:30 horas de 26 de febrero de 2013, en la que AR2 (omitió asentar su nombre completo, cargo y rango) indicó que “(...) *termina procedimiento sin complicaciones (paciente emerge por lisis²) se aspira. Se entrega paciente en plano anestésico con TA 90/54, FC 53x’, SAT 94%, con ventilación mecánica*”.

12.8 “Nota de Anestesiología” de las 14:35 horas de 26 de febrero de 2013, en la que AR3 encontró a V intubado y bajo ventilación mecánica, asentando “*TERMINÓ LA CIRUGÍA 14:50 (...) SE EXTUBA PACIENTE SIN COMPLICACIONES (...) INICIA DESCENSO DE SATURACIÓN A LAS 15:03 SE DECIDE RENTUBAR AL PACIENTE NUEVAMENTE A LAS 15:05 HORAS*”.

12.9 “Registro Clínico de Enfermería Proceso Quirúrgico” de 26 de febrero de 2013, sin que se advierta el nombre de la enfermera que lo realizó, en la cual se omitió describir los rubros del “*preoperatorio*” y “*transoperatorio*”.

12.10 “Resultado de Gasometría Arterial” realizado a V a las 15:28 horas de 26 de febrero de 2013.

² Contrarrestar el efecto de la anestesia.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

12.11 “Nota de Ingreso y Gravedad Pediatría” de las 23:15 horas de 26 de febrero de 2013, en la que SP2 reportó a V muy grave y que fue aceptado en la UTIP con el diagnóstico de *“postparo cardiorrespiratorio, encefalopatía hipoxicoisquémico”*.

12.12 “Interconsulta al Servicio de Neurología Pediátrica” de “La Raza” de 28 de febrero de 2013, solicitada por la UTIP, en la que se diagnosticó a V con: *“Encefalopatía hipóxica/Estado posparo”*.

12.13 “Nota Postquirúrgica” de las 16:30 horas de 4 de abril de 2013, elaborada por SP3, en la que asentó que a V se le realizó gastrostomía con sonda *“Foley”* y se le colocó cánula de traqueostomía.

12.14 “Unidad de Cuidados Intensivo Pediátricos. Nota de ingreso” de “La Raza” de 11 de abril de 2013, en la que SP4 precisó la evolución médica de V durante su estancia hospitalaria y por su mejoría se egresó de dicho nosocomio para continuar bajo vigilancia y tratamiento en Tecámac, reportando a V delicado y con pronóstico malo.

12.15 “Notas Médicas y Prescripción” de 12 de abril de 2013, suscrita por SP5, en las que hizo constar el ingreso de V al piso de cirugía general procedente de “La Raza”.

12.16 “Resumen de Egreso de Urgencias e Ingreso a Hospitalización a Cargo de Cardiología Pediátrica” de “La Raza” de 17 de abril de 2014, suscrita por SP6, en el que asentó que la cirugía pediátrica descartó



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

sospecha de que V padecía disfunción de sonda de gastrostomía, pero recomendó iniciar alimentación en esa Unidad y vigilar su evolución.

12.17 “Nota de Egreso de Cirugía Pediátrica” de 6 de mayo de 2013, signada por SP7, en la que señaló que V causó alta a segundo nivel por mejoría y que se le practicaron las cirugías: *“LAPE CON REMODELACIÓN DE GASTROSTOMÍA 18.04.13 Y COLOCACIÓN DE BOTÓN DE GASTROSTOMÍA 03.05.13”*.

12.18 “Nota de Alta del Servicio de Pediatría” de 14 de mayo de 2013, suscrita por SP8, en la que describió la atención médica otorgada a V del 6 al 14 de mayo de 2013.

12.19 “ORL” (otorrinolaringología) de 7 de junio de 2013, signada por SP9, en la que reportó que de acuerdo a la evolución V podría ser candidato a decanulación (quitar la cánula o tubo).

13. Oficio 095217614620/5139 de 4 de octubre de 2013, mediante el cual el IMSS comunicó *“que conforme al instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas (...) se investigarán las causas que motivaron la presentación de la queja”*, adjuntando el documento siguiente:

13.1 Oficio 095217614620/5140 de 4 de octubre de 2013, a través del cual el IMSS dio vista a su Órgano Interno de Control.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

14. Oficio 095217614621/2353 de 14 de noviembre de 2013, mediante el cual el IMSS envió diversas notas médicas en la atención proporcionada a V en Tecámac, de las cuales se destacan las siguientes:

14.1 “Nota Postquirúrgica” de 26 de febrero de 2013, efectuada por AR1, en la que asentó que se realizó a V cirugía rinoseptumplastia, con corrección de deformidad rinoseptal y recomendó su alta después de las 22:00 horas.

14.2 “Nota de Descripción de Técnica Maxilo-Premaxilar” de 26 de febrero de 2013, elaborada por AR1, en la que anotó *“HALLAZGOS FRACTURA NASAL A EXPENSAS DE PARED LATERAL NASAL Y SEPTUM NASAL”* y reportó la cirugía sin incidentes ni complicaciones transoperatorias, la cual concluyó a las 14:30 horas, con pronóstico *“BUENO PARA LA VIDA Y LA FUNCIÓN”*.

14.3 “Nota de Anestesiología” de las 14:35 horas de 26 de febrero de 2013, suscrita por AR3, en la que asentó *“COMIENZA EMERSIÓN POR LISIS SE ASPIRAN SECRECIONES Y CON BUEN ESFUERZO VENTILATORIO, SE EXTUBA PACIENTE SIN COMPLICACIONES. VENTILACIÓN ESPONTÁNEA, INICIA DESCENSO DE SATURACIÓN A LAS 15:03 SE DECIDE REENTUBAR AL PACIENTE NUEVAMENTE A LAS 15:05 MINISTRANDO 25 MG DE VECURONIO POR SAT 70 INTUBACIÓN ATRAUMÁTICA 1ER INTENTO (...)”*.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

15. “Opinión Médica” de 2 de enero de 2014, emitida por médicos de este Organismo Nacional sobre la atención médica que se proporcionó a V en Tecámac y en “La Raza”.

16. Acta Circunstanciada de 9 de mayo de 2014, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica sostenida con Q1, a través de la cual remitió por correo electrónico el “Certificado de Defunción” de V en el que se asentó que falleció el 1° de abril de 2014 y como causas de la muerte: *“EVENTO VASCULAR CEREBRAL, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y EDEMA CEREBRAL MODERADO”*.

17. Oficio 095217614BB1/1105 de 25 de junio de 2014, mediante el cual el IMSS envió a esta Comisión Nacional el documento siguiente:

17.1 “Reporte de visita domiciliaria” de las 14:00 horas de 7 de marzo de 2014, realizada por personal de Trabajo Social de Tecámac, en el que asentó que V se encontraba *“postrado en cama, con autonomía limitada, dependiendo totalmente de la familia”*.

18. Oficio 095217614BB1/1551 de 1° de septiembre de 2014, mediante el cual el IMSS informó a esta Comisión Nacional que la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del Instituto, *“resolvió en sentido procedente con pago de indemnización”* la queja que formuló Q1, por lo que se le envió oficio de notificación.

19. Informe Médico de 10 de noviembre de 2014, emitido por médicos forenses de este Organismo Nacional, en el que determinaron que el fallecimiento de V fue



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

consecuencia de la inadecuada atención médica que se le proporcionó en Tecámac el 26 de febrero de 2013.

20. Acta Circunstanciada de 28 de enero de 2015, en la que se hizo constar que personal de este Organismo Nacional sostuvo comunicación telefónica con Q1, quien refirió que el IMSS le notificó la resolución de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico, pero que no estuvo de acuerdo en recibir la cantidad determinada por concepto de indemnización.

21. Acta Circunstanciada de 18 de mayo de 2016, en la que este Organismo Nacional hizo constar la llamada telefónica con el Área de Auditoría y Quejas del IMSS, en la que informaron que con motivo de las irregularidades en la atención médica suministrada a V, se inició el procedimiento administrativo de responsabilidades PAR, el cual se encuentra en trámite hasta la fecha.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

22. El 4 de octubre de 2013, mediante oficio 095217614620/5140, el IMSS comunicó que dio vista a su Órgano Interno de Control para la investigación de la queja de Q1.

23. El 5 de septiembre de 2014, se recibió en este Organismo Nacional el oficio 095217614BB1/1551, a través del cual el IMSS comunicó la procedencia de la queja de Q1 con pago de indemnización.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

24. El 18 de mayo de 2016, el Área de Auditoría y Quejas del IMSS informó a este Organismo Nacional que el procedimiento administrativo PAR se encuentra en trámite hasta la fecha.

IV. OBSERVACIONES.

25. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2013/3794/Q, en los 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 V, atribuibles a personal médico de Tecámac por inadecuada atención médica, en razón a las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

26. El artículo 4º, párrafo cuarto constitucional establece: *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”*.

27. Es atinente la jurisprudencia administrativa denominada *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”*³

³ Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

28. 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, párrafo 1, de la Convención de los Derechos del Niño en el que reconoció que: *“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 (...)”*⁴

29. Esta Comisión Nacional determinó en su Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud” del 23 de abril de 2009 que: *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”*. Reconoció 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”*.

30. En el caso particular, el conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advierte que los médicos de Tecámac no le brindaron a V una atención

⁴ Párrafos 23 y 24.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

profesional, que se tradujo en la violación al derecho a la protección de la salud, como a continuación se analiza.

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

a) Atención médica brindada a V en Tecámac del 15 al 26 de febrero de 2013.

31. El 15 de febrero de 2013, V fue atendido en Tecámac por AR1, quien lo reportó con *“deformidad nasal postraumática”* e indicó que se realizara cirugía y *“se abrirá expediente”*. Los médicos de este Organismo Nacional, señalaron que se desconoce el motivo por el cual V se presentó a dicho nosocomio, puesto que el 10 del mismo mes y año, fue valorado por el servicio de neurocirugía, otorrinolaringología, oftalmología y pediatría médica, encontrándolo neurológicamente íntegro, estable, con paraclínicos normales y se le diagnosticó *“traumatismo craneoencefálico moderado, fractura nasal G1, esguince cervical, laceración palpebral derecha, policontundido”* y se le indicó que se realizaría cirugía correctiva en 3 ó 4 meses.

32. Los médicos forenses de este Organismo Nacional precisaron que AR1 omitió realizar una historia clínica adecuada (interrogatorio y exploración física) para buscar hundimiento y desviación septal para descartar trauma, hematoma o salida de líquido céfaloraquídeo, así como para clasificar el tipo de fractura mediante rinoscopia (exploración nasal) e identificar si el tabique estaba luxado o desviado. De igual manera, AR1 debió solicitar perfilograma (placa de rayos X), radiografía de *“Waters”* (se extiende de la cabeza del paciente hasta la pirámide nasal y el mentón) y tomografía axial computarizada (imágenes detalladas de los órganos



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

internos, huesos, tejidos blandos y vasos sanguíneos) para descartar otras posibles lesiones e indicar analgésicos antiinflamatorios para disminuir el edema (hinchazón) y sólo se limitó a señalar “se abrirá expediente”.

33. Derivado de lo anterior, AR1 incumplió el punto 6.1 de la NOM-004-SSA3-2012 relativo a la historia clínica que señala: *“Deberá elaborarla el personal médico de acuerdo con las necesidades específicas de información (...)”*, correlacionado con el diverso 6.1.2 de la citada norma oficial mexicana, respecto a la exploración física que establece: *“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 (...)”*

34. El 26 de febrero de 2013, AR1, además de no haber realizado una adecuada valoración médica, le practicó a V una rinoseptumplastía, encontrando como hallazgos: *“fractura nasal a expensas de pared lateral nasal y septum nasal”*, asimismo, reportó la cirugía sin complicaciones e indicó su alta después de las 22:00 horas del mismo día.

35. En opinión de los médicos de este Organismo Nacional, AR1 omitió brindarle acompañamiento y vigilancia estrecha a V, paciente pediátrico recién operado, toda vez que asentó en la nota de “Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” que a las 14:30 horas concluyó la cirugía sin complicaciones y a la misma hora AR2 registró en la “Nota Trans y Post Anestesia” la hipotensión y bradicardia que presentaba V, signos vitales que no eran estables y de los cuales no se percató AR1, no obstante que V aún se



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

encontraba en el quirófano y que le correspondía valorarlo para ordenar el traslado al área de recuperación o, en su caso, diferirlo a la unidad de cuidados intensivos.

36. Por tanto, AR1 inobservó los lineamientos para cuidados post-anestésicos quirúrgicos⁵ de la NOM-006-SSA3-2011, cuyo punto 12.2 estatuye que: *“La supervisión médica en general y la coordinación del cuidado del paciente en esta área, será responsabilidad tanto del anestesiólogo como del cirujano”,* correlacionado con los numerales 12.3.2, 12.3.2.5 y 12.3.4 que indican: *“El anestesiólogo y el cirujano, con base en el estado clínico del paciente, determinarán el momento de su traslado y lo acompañaran al área de recuperación post-anestésica-quirúrgica, una vez que se cumplan los criterios siguientes:”,* *“Los signos vitales deben ser estables y mantenerse dentro de los límites normales, tomando en cuenta el estado físico-clínico en el que se encontraba el paciente, antes del procedimiento anestésico-quirúrgico”,* *“En su caso, cuando no se cumplan los criterios señalados en el numeral 12.3.1 y correlativos, el cirujano y el anestesiólogo tratantes, deberán evaluar, indicar y vigilar el traslado del paciente a una unidad de cuidados intensivos, donde deberá ser presentado y entregado directamente al personal médico correspondiente”,* concatenado con el diverso 7 del Reglamento de Prestaciones ordena: *“Los médicos del Instituto serán directamente e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores”.*

37. A las 14:30 horas del 26 de febrero de 2013, AR2 asentó en la “Nota Trans y Postanestésica” que el procedimiento anestésico aplicado a V consistió en

⁵ Serie de acciones que se llevan a cabo para la vigilancia y corrección de los parámetros clínicos, con el propósito de mantener la estabilidad del paciente durante el proceso de recuperación de la anestesia.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

“anestesia general balanceada (...) laringoscopia directa (...), se intuba al segundo intento, neumoadaptado (...) FR 14x´ [frecuencia respiratoria] (...) hemodinamia: TA 90/54, FC 56x´, SAT 94% con ventilación mecánica”.

38. De acuerdo con la opinión de los médicos de este Organismo Nacional, AR2 omitió investigar el origen de la hipotensión (baja presión arterial) de 90/50 y bradicardia (frecuencia cardíaca más baja de lo normal) de 56 latidos por minuto que presentó V, lo cual era indicativo de compromiso en su salud, pues los signos vitales descritos no estaban dentro de los parámetros normales y, a pesar de ello, AR2 no los corrigió, ni indicó monitoreo electrocardiográfico continuo, vigilar coloración y llenado del pulso periférico, ritmo cardíaco, temperatura, profundidad de la anestesia, función neuromuscular y cuidados inmediatos, lo que se deduce lógicamente en virtud de que no existe constancia médica escrita que lo confirme.

39. Derivado de lo anterior, AR2 incumplió el referido punto 12.3.2 de la NOM-006-SSA3-2011 que dispone: *“El anestesiólogo (...) con base en el estado clínico del paciente, determinarán el momento de su traslado y lo acompañarán al área de recuperación post-anestésica, una vez que se cumplan los criterios siguientes:”*, correlacionado con el diverso 12.3.2.5 de la citada norma oficial mexicana que indica: *“Los signos vitales deben ser estables y mantenerse dentro de los límites normales, tomando en cuenta el estado físico-clínico en el que se encontraba el paciente, antes del procedimiento anestésico-quirúrgico”.*

40. El 26 de febrero de 2013, el personal de enfermería que intervino en la cirugía de V, omitió describir los acontecimientos observados en preoperatorio y transoperatorio como se advierte del “Registro Clínico de Enfermería Proceso Quirúrgico”, por tanto, infringieron los puntos 9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.1.4, 9.1.5,



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

de la NOM-004-SSA3-2012 relativo a la Hoja de Enfermería que expone: *“Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo: habitus exterior, gráfica de signos vitales, ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita, procedimientos realizados y observaciones”*, correlacionado con el diverso 7 del RPM-IMSS que indica: *“De la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras (...) que intervenga en el manejo del paciente (...) El Instituto será corresponsable con el personal referido (...)”*

41. A las 14:35 horas de 26 de febrero de 2013, AR3 encontró a V *“intubado, bajo ventilación mecánica, frecuencia respiratoria controlada 14x´ (...) O2 100%, 3lts x´, termina cirugía 14:50 hrs. comienza emersión por lisis, se aspiran secreciones y con buen esfuerzo ventilatorio, se extuba [retirar el tubo o cánula que conecta a las vías respiratorias] paciente sin complicaciones, ventilación espontánea, inicia descenso de saturación a las 15:03, se decide re-intubar [colocar el tubo o cánula] al paciente nuevamente a las 15:05 hrs, ministrando 25 mg de vecuronio (sedante) con saturación de 70%, intubación atraumática (sin dificultad) 1er intento, se aspiran previamente secreciones de cavidad oral, se conecta MAQ de anestesia, frecuencia cardíaca incipiente (poco perceptible) disminuyendo (...) se toma gasometría arterial con acidosis mixta 7.18, (...) se corrige mediante bicarbonato (...) se realiza también comprensiones cardíacas durante 2 minutos en (ilegible). El ECG [electrocardiograma] inicia con ritmo sinusal [normal] 100x´, se deja intubado sin apoyo de aminos [medicamentos que regulan la actividad cardíaca]”*.

42. De acuerdo a la opinión de los médicos de este Organismo Nacional, AR3 omitió realizar una adecuada exploración física porque no tomó la presión arterial



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

y frecuencia cardíaca a V y tampoco revisó la “Nota de Trans y Post Anestesia” de las 14:30 horas de 26 de febrero de 2013, que le hubiera permitido advertir que dicho paciente presentaba bradicardia e hipotensión, lo cual implicaba que los signos vitales no estaban dentro de los límites normales, al margen de que erróneamente asentó que la cirugía concluyó a las 14:50 horas, cuando en realidad fue a las 14:30 horas como se aprecia de la “Nota de Descripción de Técnica Maxilo-Premaxilar” de 26 de febrero de 2013, elaborada por AR1, horarios que resultan importantes para un evento quirúrgico, con mayor razón cuando V sufrió un paro cardiorrespiratorio que le dejó secuela cerebral irreversible.

43. AR3 no hizo ninguna indicación médica y tampoco evaluó la condición clínica de V, pues no revisó coloración, pulso periférico, ritmo cardíaco, temperatura, profundidad de la anestesia y la función neuromuscular, y aun cuando dicho paciente se encontraba bajo efectos de la anestesia debido a la relajación de los músculos y reflejos autónomos, le retiró la cánula o tubo de la vía aérea precipitadamente, lo que le ocasionó dificultad para respirar por sí mismo y, en consecuencia, presentó descenso de saturación de oxígeno en la sangre⁶, por lo que el citado facultativo procedió a colocar otra vez la cánula o tubo para volver a ventilarlo, conectándolo hasta este momento a la máquina de anestesia que mostró “*frecuencia cardíaca incipiente*” y le suministró diversos fármacos, asentando que le realizó compresiones cardíacas durante 2 minutos hasta que el electrocardiograma reportó ritmo normal, presión arterial de 100/60 y frecuencia respiratoria de 18 rpm (respiraciones por minuto), como se advierte de la nota de anestesiología de las 14:35 horas de 26 de febrero de 2013.

⁶Disminución alarmante de la concentración de oxígeno en la sangre arterial.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

44. Sin embargo, en opinión de los especialistas de este Organismo Nacional la bradicardia, hipotensión, desaturación y la frecuencia cardiaca incipiente que presentó V y que fueron manejadas con aminas vasopresoras (medicamentos que ayudan a estabilizar la actividad cardiaca), demuestran que V presentó paro cardiorrespiratorio.

45. Los referidos médicos concluyeron que el daño encefálico irreversible que presentó V, fue resultado de una encefalopatía hipóxico isquémica severa por la falta de oxigenación y perfusión cerebral por más de cinco minutos y no de 2 minutos como lo aseveró AR3, pues la literatura médica universal vigente sostiene que cuando la hipoxia-isquémica se mantiene por más de 5 minutos, se produce daño neuronal en las estructuras cerebrales más sensibles y la causa más común es el paro cardiorrespiratorio⁷. En el caso particular, se evidencia la falta de atención en este tipo de complicaciones graves a pesar de encontrarse el paciente en quirófano, contando con el recurso y la infraestructura necesaria (carro rojo⁸) para su atención y corrección, por tanto, AR3 infringió el punto 12.3.2.3 de la NOM-006-SSA3-2011 relativo a los lineamientos para el cuidado post-anestésico quirúrgico que establece: *“Haber extubado al paciente en caso de anestesia general y no tener datos de insuficiencia respiratoria (...)”*, concatenado con el diverso 12.3.2.9 que indica: *“Que el estado del paciente se encuentre en condiciones aceptables, evaluadas mediante la calificación de ALDRETE⁹, tomando en cuenta el estado físico-clínico en el que se encontraba el paciente antes del procedimiento anestésico-quirúrgico”*

⁷ <http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2002/indice.html>. Mellado Patricio y Sandoval Patricio, “Encefalopatía Hipóxico- Isquémica”, Cuadernos de Neurología, Vol XXVI, 2002.

⁸ Mueble que contiene todos los medicamentos, instrumentos y aparatos para revertir un paro cardiorrespiratorio.

⁹ Es una prueba que se aplica a la población en general durante el proceso de recuperación pos-anestésica que consta de actividad motora, respiración, circulación, conciencia y color.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

46. AR3 omitió describir el paro cardiorrespiratorio en su nota médica, por tanto, inobservó además el artículo 8 del RPM-IMSS que preceptúa que: *“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 (...)”*

47. La conclusión de los especialistas de este Organismo Nacional se corrobora con el resultado de la gasometría realizada a V a las 15:28 horas de 26 de abril de 2013, la cual evidenció acidosis mixta (desequilibrio de sustancias sanguíneas), y la placa radiográfica mostró cambios generalizados y aspiración de secreciones asalmoneladas (coloración naranja-rojizo), signos indicativos de edema agudo pulmonar (acumulación de líquido pulmonar). La causa más frecuente de esta patología es el laringoespasma (cierre súbito de la laringe) consecutivo a una extubación precipitada, además de la administración de relajantes musculares, provocándole presión negativa en pocos segundos que propició a V un edema pulmonar, complicación secundaria derivada de manera directa del paro cardiorrespiratorio que presentó la víctima.

48. Por lo anterior, V continuó en el quirófano bajo vigilancia de AR3, debido a que el referido facultativo solicitó interconsulta a la Unidad de Terapia Intensiva del hospital, pero no fue aceptada por la edad del paciente.

49. A las 20:30 horas de 26 de febrero de 2013, V ingresó al servicio de pediatría de Tecámac, donde fue recibido por SP2 con los antecedentes descritos, además, con frecuencia cardíaca 96x', frecuencia respiratoria 16x', presión arterial 92/51, tensión arterial media 63, saturación de oxígeno 99%, intubado con ventilación mecánica, bajo sedación, con pupilas hiporrefléctica (reflejos pupilares



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

disminuidos), bajo esfuerzo respiratorio, empuñamiento de ambos pulgares y presentó eventos convulsivos que fueron controlados con “*diazepam*”.

50. Derivado de lo anterior, SP3 le informó a Q1 y Q2 de la gravedad de V y debido a que dicho hospital no tiene UTIP se solicitó su traslado a UTIP “La Raza”, donde fue aceptado con el diagnóstico de “*estado postparto cardiorrespiratorio, encefalopatía hipóxico isquémica*”, complicaciones graves derivadas de manera directa de un inadecuado manejo y vigilancia estrecha por parte de AR2 y AR3 que tuvieron a su cargo a V durante el trans y postanestésico de rinoseptumplastía.

51. Es así que AR2 y AR3 contravinieron, también, la fracción II del artículo 33 de la Ley relativa a las actividades de atención médica que son: “*(...) curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno*”.

b) Atención Médica en la UTIP “La Raza” de 27 de febrero al 6 de mayo de 2013.

52. El 27 de febrero de 2013, al ingresar V, se le practicó gastrostomía¹⁰ y traqueostomía¹¹, se le proporcionó atención multidisciplinaria de Neurología, Nefrología, Cirugía General, Infectología, Pediatría, Terapia Intensiva, Medicina Física y Rehabilitación, lo que permitió la recuperación su recuperación, se

¹⁰ Es la colocación de una sonda de alimentación a través de la piel y la pared estomacal. Ésta va directamente al estómago.

¹¹ Es un procedimiento quirúrgico realizado con objeto de crear una abertura dentro de la tráquea, a través de una incisión ejecutada en el cuello, y la inserción de un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones. Su objetivo es restablecer la vía aérea, permitiendo una adecuada función respiratoria.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

efectuó la extubación que fue tolerada y, al no existir razón para que permaneciera en el mismo, el 11 de abril de 2013, fue egresado del mismo para continuar bajo vigilancia y completar el tratamiento (esquema antimicrobiano) en Tecámac.

53. El 16 de abril de 2013, V ingreso por segunda ocasión a “La Raza”, por la sospecha de disfunción de sonda de gastrostomía, la cual fue descartada. El 18 de abril del mismo año, le ajustaron la sonda de gastrostomía sin complicaciones, evolucionando favorablemente, por lo que el 3 de mayo del 2013, se le colocó botón de gastrostomía. El 6 de mayo de 2013, V fue egresado a Tecámac con adiestramiento materno de técnica de alimentación y cuidados de gastrostomía. En opinión de los médicos de este Organismo Nacional la atención médica que recibió V por parte de dicho nosocomio fue adecuada.

c) Atención Médica (reingreso) en Tecámac de 12 de abril y del 6 al 14 de mayo de 2013.

54. El 12 de abril de 2013, V reingresó y el 14 del mismo mes y año, SP9 solicitó interconsulta por probable disfunción de gastrostomía, motivo por el cual fue referido a “La Raza”. El 6 de mayo de 2013, V regresó a Tecámac, donde permaneció hasta el 14 de mayo de 2013, pues causó alta a su domicilio con las respectivas indicaciones médicas. El 7 de junio del mismo año, V fue valorado por SP9, quien reportó que de acuerdo a la evolución del paciente podría ser candidato a decanulación. En opinión de los médicos de este Organismo Nacional, la atención médica brindada a V el 12 de abril y del 6 al 14 de mayo de 2013, fue adecuada.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

55. En el “Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala” la Corte Interamericana de Derechos Humanos reconoció 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. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. En esencia, el derecho fundamental a la vida comprende, no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él”*.¹²

56. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada por AR2 y AR3 a V, también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida.

B.1 PÉRDIDA DE LA VIDA DE V.

57. De las evidencias reseñadas y analizadas se advierte que Tecámac el 26 de febrero de 2013, AR1 le practicó a V una cirugía en la nariz sin complicaciones e indicó su alta después de las 22:00 horas del mismo día, como se advierte de la “Nota Postquirúrgica” y de la “Nota de Descripción de Técnica Maxilo-Premaxilar”;

¹² Sentencia de 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

sin embargo, como se acredita en la presente Recomendación, AR2 al valorar a V advirtió que presentaba signos vitales (baja presión arterial y frecuencia cardiaca más baja de lo normal) fuera de los parámetros normales, lo cual implicaba compromiso en la salud del paciente, sin que hubiera indicado o corregido esas circunstancias, las cuales también pasaron desapercibidas para AR3, quien además retiró precipitadamente la cánula o tubo de la vía aérea de V por más de cinco minutos que le produjo un paro cardiorrespiratorio y que le ocasionó la encefalopatía hipóxico isquémica.

58. Este Organismo Nacional no pasa desapercibido que aunque V fue referido a un hospital de Tercer Nivel donde le brindaron atención integral, su estado de salud fue reportado como grave por el daño neurológico severo e irreversible que presentaba y con un pronóstico malo, además de las complicaciones que adquirió al encontrarse postrado e inmovilizado prolongadamente, como se constató con el “Reporte de visita domiciliaria” de 7 de marzo de 2014, en la que personal de Trabajo Social de Tecámac asentó que la víctima tenía autonomía limitada al depender totalmente de la familia, lo cual favoreció y condicionó la neumonía intrahospitalaria (infección de los pulmones que se presenta durante una hospitalización)p que padeció.

59. De acuerdo con la opinión de los médicos forenses de este Organismo Nacional, la inadecuada atención médica que recibió V por parte de AR2 y AR3 el 26 de febrero de 2013, derivó en que perdiera de la vida, aun cuando ésta ocurrió 1 un año y 1 mes, 6 días después, puesto que es evidente que existió una relación causal de la encefalopatía hipóxico esquémica severa e irreversible que presentó V, como consecuencia al retiro de la cánula encontrándose todavía bajo los



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

efectos de la anestesia, complicación propia que lo llevó al estado vegetativo y propició su deceso.

60. Derivado de lo anterior AR2 y AR3 contravinieron lo dispuesto en el artículo 51 de la Ley que dispone: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)”* En similares términos lo establece el ordinal 48 del Reglamento de Atención Médica, correlacionado con los diversos 7 y 43 del Reglamento de Prestaciones 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 (...)”*

61. De las irregularidades descritas y analizadas se acreditó la inadecuada atención médica por parte del personal médico de Tecámac, con lo que impidieron garantizar con efectividad a V el derecho a la protección a la salud, que trajo como consecuencia que perdiera la vida.

62. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 4° párrafo cuarto, constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente 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 de Tecámac que intervino el 26 de febrero de 2013, debió considerar el estado integral de V, a quien no se le proporcionó la atención médica y vigilancia estrecha que requería, pues sufrió un paro cardiorrespiratorio por más de 5 minutos que le provocó daño neurológico severo,



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

irreversible, además de la postración que condicionó susceptibilidad para adquirir múltiples procesos infecciosos que deterioraron su salud y que finalmente derivó en su fallecimiento.

63. De lo expuesto, se concluye que AR1, AR2 y AR3 vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de V previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley; 8, fracción I y II, 9 y 48 del Reglamento de Atención Médica; 1, 6, 7, 8, 43 y 90 del Reglamento de Prestaciones, y el contenido de las normas oficiales mexicanas NOM-004-SSA3-2012 y NOM-006-SSA3-2011.

64. 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 adolescentes, y el deber de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad, entre las que debe figurar la reducción de la mortalidad juvenil.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

65. Además de los anteriores instrumentos internacionales, al tratarse V de un adolescente (entonces 14 años de edad), 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; y los principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño, que en términos generales establecen los derechos de los adolescentes a la máxima medida posible de supervivencia y desarrollo, al más alto nivel de salud y a las medidas de protección que en su condición de menores de edad debe garantizar el Estado.

C. PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ.

66. El artículo 4º, párrafo noveno, constitucional 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. (...)”*

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

68. La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su preámbulo acepta que los niños requieren *“protección y cuidado especiales”* y en el artículo 3.1 previene 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”*



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

69. La “Observación General No 14, sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial” del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (Artículo 3, párrafo 1)¹³ señala que *“La plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holísticas del niño y promover su dignidad humana (...)”*

70. 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 sustantivo¹⁴, un principio jurídico interpretativo fundamental¹⁵ y una norma de procedimiento¹⁶”*.

71. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en el artículo 19 ilustra que todo niño debe recibir *“las medidas de protección que su condición de menor requieren (...)”*

72. La Corte Interamericana de Derechos Humanos advierte la protección especial que deben tener los niños, al resolver que: *“(...) los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos por parte (...) y el Estado (...) su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un*

¹³ Introducción, inciso A, numeral 5.

¹⁴ Ibídem, 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 (...).

¹⁵ Ibídem, 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.

¹⁶ Ibídem, 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 (...).



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

*derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona (...)*¹⁷

D.1 VIOLACIÓN AL PRINCIPIO DE INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V.

73. De las evidencias reseñadas y analizadas se advirtió que AR1, AR2 y AR3 no atendieron la condición de V, entonces de 14 años de edad, además de su derecho específico en su calidad de adolescente en desarrollo, que implicaba cuidados especiales que la Suprema Corte de Justicia de la Nación denomina “*medidas de protección reforzadas*”¹⁸ con la finalidad de que gozará de una mayor protección, lo cual se transgredió por parte de dichos facultativos al no proporcionarle una atención con calidad para proteger y restaurar su salud, que le ocasionó encefalopatía hipóxica isquémica que derivó en la pérdida de la vida.

74. Lo anterior implica que la protección especial o reforzada con que cuentan los adolescentes 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 adolescente, 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 de Tecámac que, en opinión de los médicos de este Organismo Nacional, no le brindaron la atención oportuna y adecuada, lo cual deterioró su salud y derivó en la pérdida de vida.

¹⁷“Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009 (Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas), párrafo 408.

¹⁸ Amparo Directo 35/2014 de 15 de mayo de 2015.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

75. Por lo expuesto, AR1, AR2 y AR3 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 los 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 relacionados menores de edad, se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez.

76. 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 Adolescentes, reconocen el deber del Estado de proteger el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo de los adolescentes. No pasa desapercibido para esta Comisión Nacional, que dicha legislación fue publicada con posterioridad a los hechos; sin embargo, la autoridad a la que se formula la presente Recomendación, debe considerarla como un referente jurídico válido, obligado para otorgar una protección más amplia y en favor del interés superior de la niñez.

D. DERECHO A CONOCER LA VERDAD RESPECTO A LA ATENCIÓN MÉDICA DE V. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

77. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advierte que en las notas médicas de la atención brindada a V en Tecámac, AR2 omitió asentar su nombre completo, cargo, rango, matrícula, y algunos datos son ilegibles y presentan abreviaturas, por tanto, infringió los lineamientos del punto 5.10 de la



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

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 ordena: *“Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible (...)”*

78. AR1 omitió realizar una adecuada historia clínica y exploración física, por tanto, contravino los puntos 6.1 y 6.1.2 de la NOM-004-SSA3-2012; y AR3 no realizó exploración física a V, por lo que también infringió el punto 6.1 de la citada norma oficial mexicana.

79. Por su parte, personal de enfermería del que se desconoce su nombre, pero que deberá ser investigado con motivo de la queja que formule este Organismo Nacional, omitió describir los acontecimientos que observaron en el *“preoperatorio”* y *“transoperatorio”* como se advierte del *“Registro Clínico de Enfermería, Proceso Quirúrgico”*, por lo que incumplieron los puntos 9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.1.4 y 9.1.5 de la NOM-004-SSA3-2012.

80. 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.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

81. La inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en las Recomendaciones¹⁹, en las que se señalaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de 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.

82. La sentencia del “Caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”²⁰, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, reconoce 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*

¹⁹ 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, 8/2016, 12/2016 y 14/2016.

²⁰ Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 68.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

valoradas, en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza”.

83. De las evidencias descritas y analizadas se concluye que V no recibió atención médica adecuada por parte de AR1, AR2 y AR3, médicos especialistas de Tecámac.

84. AR1, AR2 y AR3 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.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

85. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra 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 acreditarse 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



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

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.

86. Para tal efecto en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VII, 73 fracción V, 74, 88, fracciones II y XXIII, 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 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 Víctimas, al acreditarse violaciones a los derechos humanos por inadecuada atención médica y pérdida de la vida de V, se deberá inscribir a V, Q1 y Q2 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 copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

87. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*, 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, satisfacción y garantías



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

88. 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 (...) 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 (...)*”²¹

89. Sobre el “*deber de prevención*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos, sostuvo que: “(...) *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...)*.”²² En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos de V, que derivó en la pérdida

²¹ Sentencia de 20 de noviembre de 2014 (Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas), párrafos 300 y 301.

²² “*Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras*” (Fondo), sentencia del 29 de julio de 1988, párrafo 175.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

de su vida, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados.

I. Rehabilitación

90. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se debe brindar a Q1, Q2 y demás familiares de V que conforme a derecho corresponda, la atención psicológica y tanatológica que requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su total sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V que lo mantuvo postrado más de un año y que derivó en su fallecimiento. 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 las víctimas indirectas, 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. Esta atención durante su desarrollo y su conclusión, podrá ser valorada por el personal con especialidad de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

II. Satisfacción

91. En el presente caso la satisfacción comprende que las autoridades recomendadas deberán iniciar las investigaciones respectivas con motivo de las violaciones a los derechos humanos que derivó en la pérdida de la vida de V.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

III. Garantías de no repetición

92. Estas 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 a todo el personal de Tecámac y sobre la debida observancia de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012 y NOM-006-SSA3-2011, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal especializado y con suficiente experiencia en derechos humanos. De igual forma, los manuales y el contenido de los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad.

93. Asimismo, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico de Tecámac, en la que se les exhorte 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 Ley, para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto del referido ordenamiento.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

94. 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 los familiares de V que conforme a derecho corresponda, derivado de la afectación a su salud que lo mantuvo postrado más de un año y por la pérdida de la vida de V, 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 de Tecámac, en los términos descritos en esta Recomendación. Este Organismo Nacional no desconoce que el IMSS informó la procedencia de la queja de Q1 con pago de indemnización; sin embargo, el 28 de enero de 2014, Q1 comunicó a esta Institución que se le notificó la procedencia del pago, pero no estuvo de acuerdo en recibir la cantidad que le fue ofrecida por las autoridades del IMSS, razón por la cual la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo de la indemnización, de conformidad con las consideraciones expuestas en la presente Recomendación.

95. 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; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente y se formule la denuncia de hechos respectiva ante el Agente del Ministerio Público de la Federación contra el personal médico involucrado de Tecámac.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

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

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a Q1 y Q2 en términos de la Ley General de Víctimas con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal médico involucrado en los hechos, derivada de la violación a los derechos humanos precisados en la presente Recomendación, que propició la pérdida de la vida de V, que incluyan una compensación justa y suficiente y se les proporcione atención médica, psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Diseñar e impartir un curso integral al personal médico de Tecámac, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos y de conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas señaladas en la presente Recomendación. De igual forma, los manuales y el contenido de los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Se instruya a quien corresponda para que el personal médico de Tecámac, adopte medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brinda se encuentren debidamente integrados, conforme a las normas oficiales mexicanas correspondientes y a la legislación nacional e internacional, hecho lo



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida al mismo personal médico, en la que se le exhorte 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.

QUINTA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control del IMSS, contra AR1, AR2 y AR3, y del personal de enfermería comprometido y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore en la integración de la indagatoria que se inicie con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República, por ser AR2 y AR3 servidores públicos federales involucrados en los hechos y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos las constancias que acrediten dicha colaboración.

SÉPTIMA. Inscribir a V, Q1, Q2 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, para que tengan acceso al



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, para ello, este Organismo Nacional remitirá la presente Recomendación a dicha instancia y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

96. 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.

97. 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.

98. 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.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

99. 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 que requieran, su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ