

RECOMENDACIÓN 8/2017¹

Concluida la investigación de los hechos referidos en el expediente CODHEM/ATL/269/2015, esta Comisión procedió al análisis de la queja, a la valoración de los informes allegados, de las pruebas aportadas y demás evidencias reunidas con motivo de la sustanciación del procedimiento y, para resolver si existen elementos que comprueben violaciones a derechos humanos en agravio de **V1** realizó las consideraciones siguientes:

DESCRIPCIÓN DEL HECHO Y DE LA QUEJA

En la primera semana de abril de 2014, **V2** acudió al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, para solicitar la aplicación de vacunas a su hijo **V1**; siendo atendida por la cuidadora de salud **SPR1**; no obstante, durante dicha actuación no se diagnosticó de manera adecuada el estado de salud de **V1**, omitiendo además brindar a **V2** consejería acerca de un adecuado plan de alimentación.

Asimismo, en abril de dos mil catorce **Q** y su esposa **V2** acudieron a dicho Centro de Salud Rural; con el fin de llevar a **V1** a consulta, siendo atendidos por la enfermera **SPR2**. Con posterioridad, asistieron al Centro de Salud Bicentenario de Acambay, específicamente al área de pediatría, en donde personal médico de esa institución les solicitó que regresaran al centro de salud rural a fin de que se les proporcionara el expediente clínico de **V1**; hecho que no fue posible toda vez que la enfermera **SPR2** les negó el servicio argumentando que no podía realizar dicho acto, en razón de que **V1** no presentaba enfermedad que se considerara grave.

Un año después, a las quince horas con cincuenta minutos del siete de mayo de dos mil quince, **Q** y **V2** concurrieron al Centro de Salud Rural de Mado Sector I, solicitando una consulta para **V1**, quien presentaba un cuadro de fiebre no cuantificada y evacuación diarreica; por lo que fueron atendidos por el médico

¹ Emitida por este Organismo a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México, el treinta de marzo de dos mil diecisiete, sobre el caso de falta de atención médica integral en agravio de **V1**. El texto íntegro del documento de Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 46 fojas.

pasante en servicio social **MPSSR**, quien señaló que se encontraba con signos vitales normales, refiriendo únicamente subhidratación, por lo que después de elaborar el diagnóstico, citó para nueva consulta a **Q** y a **V2**.

Así, en la segunda ocasión, el veintiocho de mayo de ese año, tras llevar a cabo la exploración física, **MPSSR** diagnosticó balanitis;² señalando nueva cita para el día siguiente con el fin de referirlo a segundo nivel; toda vez que en esa fecha no se contaba con el sistema de referencia.

Finalmente **Q** y **V2** acudieron al Hospital para el Niño, dependiente del Instituto Materno Infantil del Estado de México, donde **V1** falleció el seis de junio de dos mil quince.

Por lo anteriormente descrito, **Q** presentó queja ante este Organismo el once de junio de dos mil quince. Esencialmente, **Q** y **V2** pretenden la investigación de los hechos, además de que se indague la responsabilidad en que pudieron incurrir servidores públicos adscritos al Instituto de Salud del Estado de México, en perjuicio de **V1**.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En la integración del expediente de queja se requirió el informe de Ley al Instituto de Salud del Estado de México, organismo del que depende el Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay; en colaboración se solicitó peritaje técnico-médico institucional a la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de la Entidad; se recabaron las comparecencias de los servidores públicos involucrados y de personal de salud de dicha unidad médica; además se recibieron, admitieron, desahogaron y valoraron las pruebas ofrecidas; de donde derivaron las siguientes:

² La balanitis de Zoon (BZ) es una dermatosis inflamatoria del pene, de tipo plasmocelular circunscrita, de etiología idiopática. Ha sido llamada de diferentes formas, entre ellas: balanitis/vulvitis de células plasmáticas, balanitis plasmocelular circunscrita, eritroplasia de Zoon. Consultado el siete de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2010/cd103e.pdf>.

PONDERACIONES

I. PREÁMBULO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que el derecho a la salud se entiende como el grado máximo que se puede lograr de la misma, exigiendo al mismo tiempo un conjunto de criterios sociales que propicien el desarrollo pleno de este derecho para todas las personas y entre los que se encuentran: la disponibilidad y acceso a los servicios sanitarios, las condiciones de trabajo seguras, la vivienda adecuada y los alimentos nutritivos.³

Bajo esa óptica, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud refiere que la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, correspondiendo a los Gobiernos la responsabilidad de la salud de sus pueblos; hecho que se puede lograr únicamente al proporcionar medidas adecuadas sociales y de salud.⁴

De igual manera, la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, menciona que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.⁵

En consecuencia, el derecho a la salud al ser un derecho de tipo social, se convierte en el medio para que el aparato estatal por medio de las diversas atribuciones que posee, proporcione y garantice las condiciones necesarias a fin de que la salud de la población se encuentre protegida. No obstante, conviene

³ Consultado el ocho de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.

⁴ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, incluido México y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas posteriores se han incorporado al texto actual.

⁵ Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217 A (III). Consultado el ocho de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.

subrayar que el derecho a la salud no debe observarse exclusivamente como la ausencia de enfermedad; sino que también engloba otros elementos tales como el acceso a una atención médica que tenga como objetivos prevenir, educar, detectar y proporcionar los medios idóneos para el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios del sistema de salud.

Aunado a lo anterior, un elemento esencial dentro del derecho en estudio, es el relativo al cuidado y protección de aquellos grupos que debido a determinadas circunstancias, tales como la edad, el sexo, el estado civil y el origen étnico, se vuelven más vulnerables a que sus derechos humanos puedan ser violados, corriendo el riesgo de que se impida su acceso e incorporación a mejores condiciones de vida.⁶ De ahí que, el cuidado y la protección de la mujer y de la niñez, posean una atención especial dentro del derecho a la salud por ser considerados grupos con mayor vulnerabilidad; suponiendo así el acceso a oportunidades dignas que les permitan disfrutar y lograr el grado máximo de salud.

Obligación que se encuentra prevista en documentos internacionales de derechos humanos, tales como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer,⁷ la cual establece que los Estados adoptarán medidas que eliminen la discriminación, la violencia y el maltrato en contra de la mujer, recomendando se tutele un libre acceso a los servicios relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio privilegiando los cuidados y la atención médica.

Mientras tanto, con relación a la niñez, la Convención sobre los Derechos del Niño señala que los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Aunado a ello, puntualiza la necesidad de esforzarse

⁶ Artículo 5 fracción VI de la Ley General de Desarrollo Social publicada en el Diario Oficial de la Federación el veinte de enero de dos mil cuatro.

⁷ Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; ratificado por México el 23 de marzo de 1981 y entrando en vigor el 3 de septiembre de 1981.

por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.⁸

No obstante, uno de los problemas en la actualidad, es el relativo a la accesibilidad en la atención médica y a la consecuente preservación de la salud, lo que si bien en un principio supone el autocuidado de la persona humana, en otros casos la negativa o la imprudencia en la atención, se vuelven factores directos que propician la afectación de este derecho humano. En ese entendido, la atención del paciente, máxime cuando se trata de niños y niñas, debe desarrollarse mediante la actuación legal, moral y sujeta a conocimientos y habilidades actualizadas según la ciencia y la práctica médica de aquellos encargados de la prestación del servicio de salud.

En el caso concreto, servidores públicos adscritos al Instituto de Salud del Estado de México, en el ejercicio de un deber encomendado por la ley, brindaron una atención médica que se consideró vulneradora a derechos humanos, en virtud de que, según las evidencias reunidas en el expediente de investigación, se desprendió que afectaron el derecho humano a la protección de la salud en la persona de **V1**, lo que más adelante tendría como desenlace su deceso; además de provocar daños inmateriales⁹ en **V2** y **Q**.

Lo anterior es así, toda vez que **V1** requirió asistencia médica los días siete y veintiocho de mayo de dos mil quince, siendo atendido en el Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, en donde no le fue diagnosticado ni identificado correctamente el estado de desnutrición que presentaba, sin que **V2** y

⁸ Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989; con entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990. Dicho documento fue ratificado por México el 21 de septiembre de 1990.

⁹ Cfr. LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE REPARACIONES Y LOS CRITERIOS DEL PROYECTO DE ARTÍCULOS SOBRE RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR HECHOS INTERNACIONALMENTE ILÍCITOS, pp. 109 – 111. La Corte Interamericana entiende que el daño moral o inmaterial “puede comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, y el menoscabo de valores muy significativos para las personas, como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”. Consultado el ocho de febrero dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R22050.pdf>.

Q, recibieran consejería sobre una buena nutrición. Asimismo, no fue referido inmediatamente a un segundo nivel para una atención integral y oportuna.

Posterior a ello, es hasta el dos de junio de dos mil quince, cuando **Q** y **V2** acudieron con **V1** al Hospital Para el Niño en Toluca, nosocomio en el cual se le diagnosticó neumonía adquirida en la comunidad, sin que fuera ingresado en el área médica específica para su cuidado; además se omitieron otros actos médicos tales como la práctica de electrocardiogramas, monitorizaciones con exámenes de laboratorio; acciones encaminadas a establecer un tratamiento específico, por lo que tras permanecer en dicha unidad hospitalaria desde el dos al seis de junio de dos mil quince, **V1** falleció debido a la falta de cuidado y diligencia en los procedimientos médicos otorgados en ambas instituciones.

De lo anteriormente expuesto esta Comisión de Derechos Humanos estableció que los servidores públicos adscritos al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, que en el ejercicio de la profesión médica atendieron a **V1**; con su actuar pudieron incurrir en actos contrarios a la normativa nacional y local, a la ciencia médica, así como a los parámetros que dicta el sistema internacional de protección a derechos humanos.

II. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

ES EL DERECHO DE TODO SER HUMANO A QUE SE LE GARANTICEN LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LOGRAR SU BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL, A TRAVÉS DE BIENES Y SERVICIOS DE CALIDAD QUE LE ASEGUREN EL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD.¹⁰

El sistema internacional de derechos humanos ha señalado dentro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que corresponde a los Estados Partes el reconocimiento del derecho de toda persona al disfrute del

¹⁰ DELGADO CARBAJAL, Baruch F. Y BERNAL BALLESTEROS María José (coords.) (2016, Segunda Edición), Catálogo para la calificación de violaciones de violaciones a derechos humanos, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, p. 217.

más alto nivel posible de salud física y mental. Asimismo, señala que a fin de asegurar su plena efectividad, deberán desarrollarse medidas tales como: a) la reducción de la mortalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.¹¹

Por lo que hace al sistema interamericano de derechos humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, instituye en su artículo XI, que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.¹²

Mientras tanto, nuestro derecho interno puntualiza en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, por lo cual la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, estableciendo además la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.¹³

De esta manera, el derecho a la protección de la salud puede ser observado desde una perspectiva nuclear, en tanto se configura como un derecho fundamental, interdependiente e indispensable para el ejercicio pleno de otros

¹¹ Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ratificado por México el 23 de marzo de 1981 y publicado en el Diario Oficial Mexicano el 12 de mayo de 1981. Consultado el ocho de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

¹² Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana en Bogotá, Colombia, 1948. Consultado el ocho de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>.

¹³ Artículo 4, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Consultado el ocho de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>.

derechos humanos; tales como el de la alimentación, la vivienda, el trabajo, la dignidad humana, la vida, la no discriminación, la igualdad, entre otros.

Por otra parte, la efectividad de este derecho supone que existan las condiciones biológicas y socioeconómicas necesarias y que además, sean garantizadas por el Estado a fin de brindar la protección contra todas las causas posibles que afecten la salud del ser humano; orientando su labor a aquellos grupos que por sus características resultan más vulnerables a que sus derechos humanos sean violados.

Tal es el caso de las niñas y niños que, al tener necesidades específicas y riesgos de salud diferentes; se colocan en una situación de vulnerabilidad pues se encuentran más expuestos a enfermedades y complicaciones en su salud; por lo cual requieren que le sean procurados los cuidados y la asistencia necesaria para su pleno desarrollo tanto físico como mental.

Acorde con lo anterior, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes¹⁴ establece que, este grupo posee el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como de recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad, de conformidad con la legislación aplicable; con la finalidad de prevenir y restaurar su salud. Además, señala que las autoridades federales, de las entidades federativas y municipales, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán a fin de llevar a cabo acciones tendentes a proteger este derecho de niñas, niños y adolescentes.

Así, los actos que realicen aquellos profesionales encargados de la prestación del servicio de salud, requieren ejecutarse en apego a lo establecido en la ciencia y la práctica médica, pero también conforme a lo que señala la ley; observando en todo momento las necesidades y la condición de los pacientes. Derivado de ello,

¹⁴ Artículo 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2014. Consultado el nueve de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA_041214.pdf.

las autoridades y los servidores públicos deben desarrollar su labor proporcionando un trato digno, respetuoso y humano con el que no solo aseguren las condiciones sanitarias más favorables, sino que además respeten los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud.

En el caso que nos ocupa, con base en la descripción del hecho y de la queja, adminiculando las evidencias reunidas, este Organismo Público Autónomo realizó el análisis particular conforme a lo siguiente:

III. DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL¹⁵

DERECHO DE TODO SER HUMANO A RECIBIR ATENCIÓN Y TRATAMIENTOS OPORTUNOS PARA LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD, RESPETANDO EL PRINCIPIO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.¹⁶

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, señala en su artículo 10.2 que con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Partes se deben comprometer a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar medidas para garantizar este derecho, tales como: *a) la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; [...] d) la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; [...] y f) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.*¹⁷

¹⁵ DELGADO CARBAJAL, Baruch F. Y BERNAL BALLESTEROS María José (coords.) (2016, Segunda Edición), Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, p. 219.

¹⁶ Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española el vocablo paciente se refiere a la persona que padece física y corporalmente, y especialmente, quien se halla bajo atención médica.

¹⁷ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, adoptado en la Ciudad de San Salvador, el 17 de noviembre de 1988. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 01 de septiembre de 1998.

En el ámbito del derecho interno, la Ley General de Salud señala que el derecho en estudio comprende aquella atención integrada de carácter preventivo; que se complementa de las acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias. Asimismo, dicha norma indica que la atención médica de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos y psíquicos de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta.¹⁸

En ese orden de ideas, el derecho humano a recibir una atención médica integral debe desplegarse observando los estándares técnicos con el objeto de que reúna los requisitos de calidad y seguridad; siendo necesario además que, las instituciones encargadas de prestar dicho servicio cuenten con los recursos humanos y materiales suficientes e idóneos, que permitan prevenir, revertir o en su caso, impedir que continúe la alteración en la salud de los pacientes.

Por consiguiente, el papel del Estado y de las autoridades responsables de proveer una atención médica integral a los pacientes o usuarios del sistema de salud, se ubica en que además de proveer los medios y la infraestructura para la prestación de dicho servicio, deben implementar políticas públicas seguras y confiables, mediante la ejecución de sus actividades con base en las diversas guías y normas oficiales en que se fundamentan los procedimientos que orientan la práctica médica; facilitando al mismo tiempo, la determinación sobre posibles responsabilidades en que pudieran incurrir los prestadores del servicio de salud como consecuencia de un indebido o inadecuado ejercicio de sus funciones.

Ahora bien, del análisis del caso concreto que nos ocupó y que, adminiculado con las evidencias descritas, valorando las circunstancias bajo las cuales se llevó a cabo la atención médica a **V1**, este Organismo formó conocimiento a partir de dos

¹⁸ Artículo 27 fracción III de la Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 27-01-2017. Consultada el nueve de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf.

momentos que estimó esenciales para determinar si se configuró una conducta probablemente violatoria de derechos humanos; señalando para tal efecto que el estudio de los hechos se realizó de manera cronológica según cómo sucedieron y respecto al impacto que adquirieron en las víctimas.

A. DEL PRIMER MOMENTO EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE V1

De las constancias que integraron el expediente de queja, se estableció que el trece de enero de dos mil catorce la cuidadora de salud **SPR1** llevó a cabo una visita domiciliaria a la señora **V2**, para que acudiera a la unidad de consulta toda vez que gente de la comunidad le había informado acerca de su estado de embarazo. Un mes después, por medio de un parto fortuito,¹⁹ **V2** dio a luz a **V1**, quien nació de forma prematura, siendo hospitalizado en el servicio de cuidados neonatales del Hospital General de Acambay, lugar donde permaneció alrededor de treinta días.

Consecutivamente, en abril de dos mil catorce **Q** y su esposa **V2**, fueron enviados al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México con el fin de llevar a consulta a **V1**, fecha en la que fueron atendidos por la enfermera **SPR2**, quien según constancias que integraron el expediente de queja, era la servidora pública encargada de aplicarle las vacunas a **V1**; asimismo, solicitaron que se les abriera un expediente, en razón de que eran derechohabientes del seguro popular, lo que no fue posible pues conforme a las manifestaciones vertidas por **Q** el once de mayo de dos mil quince ante este Organismo, señaló que la enfermera **SPR2** se negó a llevar a cabo dicho

¹⁹ El término parto fortuito se refiere al nacimiento por vía vaginal que sucede espontáneamente, de manera imprevista y sin que existan condiciones óptimas para la madre. Engloba un conjunto de situaciones enmarcadas por tres condiciones: espontaneidad, imprevisibilidad e inconveniencia. No obstante ser una de las acepciones utilizadas más comúnmente para mencionar el fenómeno, es ambigua e incluye situaciones distintas con riesgos y resultados que pueden ser muy diferentes. El parto fortuito puede ser un parto planeado en el hogar, un nacimiento no planeado en el domicilio de la mujer o de su familia, el nacimiento en el trayecto a un establecimiento médico o dentro de las instalaciones médicas pero en un área distinta a la asignada para la atención obstétrica (una sala de espera, la sala de urgencias o un baño), aun cuando sea atendido por personal de salud calificado. *Parto fortuito: definiciones, características y resultados. Elementos para su análisis en México*. Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Consultado el nueve de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/6/69>.

acto, argumentando que **V1** no presentaba alguna enfermedad grave que motivara la apertura del documento clínico.

Así, un año después, **Q** y **V2** acudieron en dos ocasiones al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, a fin de llevar a consulta a **V1**. La primera de ellas se llevó a cabo el siete de mayo de dos mil quince, fecha en la que fueron atendidos por el médico pasante en servicio social **MPSSR**; quien solamente refirió que se encontraba subhidratado, por lo que les otorgó cita nuevamente para el veintiocho de mayo del año antes referido. No obstante, en esta segunda consulta, durante la exploración física hacia **V1**, **MPSSR** estableció como diagnóstico balanitis, prescribiendo medicamento e indicando la necesidad de llevar a cabo una rutina de aseo diario. Finalmente, citó a **Q** y **V2** para que acudieran al día siguiente con el objeto de referirlos a segundo nivel.

Ahora bien, de las comparecencias de **SPR1** y **SPR2**, que personal de esta Comisión recabó, se evidenciaron algunas omisiones respecto a la atención médica brindada a **V1**. En primer lugar, **SPR1** señaló que ella se desempeñaba como cuidadora de salud adscrita al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, indicando que su función era vacunar a la población y realizar visitas domiciliarias con la finalidad de conocer los datos acerca de las mujeres que se encontraban cursando el embarazo.

En ese entendido, una vez que **V2** acudió con **SPR1** para que la cuidadora de salud estableciera un esquema de vacunación a **V1**, fue la enfermera **SPR2** quien ejecutó dicho acto médico en razón de que la cuidadora de salud no se encontraba en el centro antes referido. Asimismo, **SPR1** expresó ante esta Defensoría de Habitantes que, posterior a la primera aplicación, se fijó fecha para el año y medio de edad; sin embargo **V1** no pudo ser atendido toda vez que se encontraba enfermo; agregando que cuando **Q** y **V2** acudieron al centro de salud, la referencia a un segundo nivel no fue posible, debido a que el médico no contaba con el sistema necesario para dicho procedimiento.

Por su parte, **SPR2**, quien funge como enfermera, manifestó que su actuar se desarrolló cuando en abril de dos mil catorce, fue ella quien recibió a **Q** en el Centro de Salud Rural de Mado, fecha en la cual el padre de **V1** acudió con el fin de que se le abriese un expediente clínico, situación que no se pudo concretar debido a que en palabras de la servidora pública, el médico responsable se encontraba en su periodo vacacional. De igual manera, señaló que el dos de junio de dos mil quince, **Q** acudió nuevamente al citado centro de salud, sin embargo, no pudo ser atendido porque el médico no se presentaría debido a problemas de salud, encontrándose indispuesto.

En ese entendido, si bien **SPR1** y **SPR2** brindaron atención médica a **V1** tras su alumbramiento, además de la actuación desplegada por **MPSSR** durante las consultas a las que acudieron los padres del menor; este Organismo hace patente que, en ninguna de las intervenciones de los médicos adscritos al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, se mencionaron signos clínicos importantes relativos al problema de desnutrición que **V1** presentaba.

En consecuencia, conforme a la naturaleza del caso, resulta innegable que el acto médico exigía por parte del personal médico del Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, desarrollar una actitud diligente y oportuna, así como actuar con responsabilidad, puesto que **Q** y **V2** requerían ser informados acerca del padecimiento que sufría **V1**, además de que necesitaba atención inmediata en un segundo nivel de referencia, lo cual no aconteció.

Aunado a ello, el personal médico antes señalado, debió proporcionar consejería y orientación acerca del padecimiento que su menor hijo presentaba, así como de los cuidados y el tratamiento que necesitaba conforme a su estado de salud; acciones que de llevarse a cabo, hubieran evitado el posterior deceso de **V1**.

Lo anterior, contrastó con lo establecido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, quien por medio de un criterio orientador y argumentativo, respecto al

diagnóstico y tratamiento del paciente, señala las obligaciones de los encargados de prestar los servicios médicos; expresando lo siguiente:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS. RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL EN RELACIÓN A LA OBLIGACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE.

El error en el diagnóstico compromete la responsabilidad del médico derivado de su ignorancia, de examen insuficiente del enfermo y de equivocación inexcusable. **Existen tres tipos de error de diagnóstico:** a) **Por insuficiencia de conocimientos o ignorancia**, en el que el médico elabora un diagnóstico errado como consecuencia de la falta de conocimientos; b) **Por negligencia**, en el que el médico, por inexcusable falta de cuidado, no recabó la información usual y necesaria para la elaboración acertada del diagnóstico; y, c) **Científico**, donde el médico frente a un cuadro clínico complejo y confuso que supone síntomas asimilables a más de una patología, emite un diagnóstico incorrecto. El incumplimiento en la obligación de tratamiento propuesto al paciente se actualiza cuando emana de un diagnóstico erróneo, pues ello genera un tratamiento inadecuado o desacertado. Sin embargo, cuando el diagnóstico es certero y se ha calificado la enfermedad en forma correcta, es posible distinguir una serie de circunstancias que dan lugar a tratamientos culpables o negligentes, entre los que, a modo de ejemplo, se puede citar: 1. Empleo de tratamientos no debidamente comprobados o experimentales; 2. Prolongación excesiva de un tratamiento sin resultados; 3. Persistir en un tratamiento que empeora la salud del paciente o le provoca resultados adversos; 4. Abandono del paciente durante el tratamiento; 5. Prescripción de medicamentos previamente contraindicados al paciente, o que puede resultar nocivos a ciertos grupos de individuos, sin que se haya recabado la información oportuna; 6. Omisiones o errores en la receta médica, entregada al paciente como soporte material del tratamiento prescrito; y, 7. Prescripción, por parte del médico, de tratamientos que son propios de una especialidad que no posee.²⁰

Como se ha mencionado, es evidente que en ningún momento de la intervención médica de **SPR1**, **SPR2** y **MPSSR**, se brindó algún tipo de consejería, por medio de la cual se orientara a **Q** y a **V2** acerca del estado de salud bajo el cual se

²⁰ SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (SCJN). Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tesis: I.7o.C.73 C (9a.) Novena Época, Tesis Aislada (Civil), Tribunales Colegiados de Circuito. Tomo XXIII, Junio de 2006, p. 1200.

encontraba **V1** y de la alimentación que éste debía recibir; por lo que además este Organismo señaló que la actuación del personal médico del Centro de Salud de Mado Sector I de Acambay, se alejó de lo establecido en la Norma Oficial Mexicana *NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño*, la cual instituye que para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, se requiere el despliegue de ciertas medidas de prevención y que deben promoverse en la comunidad; tales como:

9.1.1 Orientación alimentaria a la madre o responsable del menor de cinco años en los siguientes aspectos:

9.1.1.1 Alimentación adecuada de la madre durante el embarazo y lactancia;

9.1.1.2 Lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida;

9.1.1.3 Ablactación adecuada;²¹

9.1.1.4 Orientación a la madre y al niño para la utilización de alimentos locales en forma variada y combinada.

9.1.1.5 Promoción de la higiene dentro del hogar, con énfasis en el lavado de manos, corte de uñas periódicamente, el consumo de agua hervida y cloración de la misma, así como en el manejo de alimentos;

9.1.1.6 Capacitar a la madre o responsable del menor de cinco años en signos de alarma por desnutrición.²²

Ahora bien, por lo que hace a la actuación de **MPSSR**, esta solo se limitó a informar a los padres de **V1**, que el menor presentaba una infección en el prepucio debido a una mala higiene, estableciendo un tratamiento para contrarrestar dicho diagnóstico, pero omitiendo señalar datos clínicos importantes acerca de desnutrición. Asimismo, el médico pasante no llevó a cabo la referencia de **V1** el veintiocho de mayo de dos mil quince, argumentando que no pudo realizarse dicho acto debido a la falta de hoja de referencia.

²¹ Es la introducción de alimentos diferentes de la leche materna de los 4 a los 6 meses de edad. Guía de orientación alimentaria. Secretaría de Salud. México, 2003.

²² En vigor al momento de los hechos. El 9 de febrero de 2001 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

En ese sentido, la ausencia de un sistema de referencia seguro y de calidad, propició que la salud de **V1** continuara sufriendo un detrimento, pues como lo señala la *Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en menores de cinco años en el primer nivel de atención*, el niño desnutrido debe ser tratado en un medio hospitalario.²³

De esta forma, lo descrito en este apartado se robusteció con la opinión autorizada de la Comisión de Conciliación y Arbitraje médico de la entidad, instancia que en la conclusión primera del peritaje médico institucional que aportó, determinó la existencia de imprudencia por parte de la cuidadora de salud **SPR1**, al estimar que durante el control, desde el nacimiento y hasta la consulta del veintiocho de mayo del dos mil quince, no identificó de manera correcta el estado de desnutrición bajo el que se encontraba **V1**, agregando que no existen documentales o evidencias de las que se desprendera la práctica de algún tipo de consejería u orientación acerca de la nutrición que el paciente requería, además de la omisión de no haberlo referido a un segundo nivel con el fin de que recibiera una atención integral y oportuna. De igual manera, dicha institución de conciliación y arbitraje médico, señaló en su conclusión segunda que, existió impericia en el actuar del médico pasante **MPSSR**, al no describir los signos clínicos y el grado de desnutrición que padecía **V1**, y que de igual manera, descartó su referencia a un nosocomio de segundo nivel.

B. DE LA DISPONIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Este Organismo señaló que, de las constancias que integran el expediente se evidenció la falta de atención médica integral la cual se debió a la ausencia de oportunidad y diligencia en la misma, toda vez que en abril de dos mil catorce, cuando **Q** y **V2** acudieron al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, a efecto de solicitar una cita, la enfermera **SPR2** les indicó que el médico responsable no iba poder atenderlos toda vez que se encontraba de vacaciones.

²³ Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en menores de cinco años en el primer nivel de atención. México, 2008; Secretaría de Salud.

De igual manera, **Q** señaló que en abril de dos mil catorce, cuando acudió al Centro de Salud Rural, solicitó el expediente clínico de su hijo; ante lo cual la enfermera **SPR2** argumentó que **V1** no presentaba una enfermedad grave, lo que desde su perspectiva, no ameritaba la realización de dicho acto. Situación contraria a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana *NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*; que señala lo siguiente:

5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, **estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos [sic] serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación**, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

[...]

5.4 Los expedientes clínicos **son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución**. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, **el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud**, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

[...]

5.14 El expediente clínico **se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización**, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14, 3.15 y 3.16 de esta norma, respectivamente. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, **deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.**²⁴

²⁴ En vigor al momento de los hechos. La entrada en vigor de esta norma, deja sin efectos a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30

Además, **SPR2** en su carácter de enfermera del centro de salud debió desplegar las funciones que le fueron encomendadas y que tenían como objetivos mejorar y mantener, así como propiciar un estado de salud óptimo mediante la atención en las áreas asistencial y preventiva, con énfasis en la prevención, detección y curación de enfermedades. Actuación que se desprende de lo establecido por el *Manual de procedimientos de enfermería en unidades de salud de primer nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México*,²⁵ el cual además señala que el personal de enfermería adscrito a los centros de salud deberá llevar a cabo las siguientes acciones:

- Recibir y entregar entre los turnos de enfermería, a los pacientes, con la información de sus tratamientos, evolución y procedimientos efectuados.
- Proveer los cuidados técnico-especializados a los pacientes según los procedimientos de enfermería establecidos e indicaciones médicas.
- [...]
- Participar en programas de prevención, detección de enfermedades en los centros de salud.
- Realizar actividades de promoción y educación para la salud, protección específica de detección y curación.
- Realizar procedimientos generales y específicos de enfermería establecidos para la atención integral del paciente.
- [...]
- Orientar, indicar y vigilar al personal auxiliar de enfermería sobre las técnicas, procedimientos y su aplicación.
- Aplicar indicadores de cuidados de enfermera-paciente.
- [...]
- Registrar las actividades realizadas en los formatos técnico-administrativos.
- Formar y coordinar grupos de personas con riesgos y problemas de salud similares.
- Desempeñar las demás funciones inherentes a su puesto.

de septiembre de 1999 y su modificación publicada el 22 de agosto de 2003 en el mismo órgano oficial de difusión.

²⁵ *Manual de procedimientos de enfermería en unidades de salud de primer nivel de atención*. Gobierno del Estado de México. Secretaría de Salud. Instituto de Salud del Estado de México. Primera edición, 2010.

Por lo que hace al médico pasante en servicio social **MPSSR**, quien se encontraba al frente del Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay; la actuación desarrollada el siete y el veintiocho de mayo de dos mil quince, solamente se limitó a establecer en la primera cita que **V1** presentaba gastroenteritis probablemente infecciosa, iniciando tratamiento de hidratación oral y medidas higiénico dietéticas; mientras que en la segunda cita, diagnosticó balanitis, sin mencionar los datos clínicos y el grado de desnutrición que el niño presentaba.

En ese sentido, la Ley General de Salud establece que, para la prestación del servicio social de pasantes y profesionales en la medicina, estos deberán cumplir requisitos tales como:

Artículo 84.- Todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas **deberán prestar el servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa** y de las de esta Ley.

Artículo 85.- Los aspectos docentes de la prestación del servicio social se registrarán por lo que establezcan las instituciones de educación superior, de conformidad con las atribuciones que les otorgan las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento y lo que determinen las autoridades educativas competentes. La operación de los programas en los establecimientos de salud se llevará a cabo de acuerdo a los lineamientos establecidos por cada una de las instituciones de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias competentes.

[...]

Artículo 87.- La prestación del servicio social de los pasantes de las profesiones para la salud, **se llevará a cabo mediante la participación de los mismos en las unidades aplicativas del primer nivel de atención, prioritariamente en áreas de menor desarrollo económico y social.**

Aunado a ello, si bien el centro de salud de mérito cumplió con los requisitos que señala la Norma Oficial Mexicana *NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud*, toda vez que entre sus servicios presta el relativo a otorgar

consulta externa;²⁶ también es cierto que la *Guía básica para el médico pasante en servicio social*, del Instituto de Salud del Estado de México, dispone que un médico pasante **puede ser el responsable de los centros de salud rural dispersos**;²⁷ indicando además que entre sus diversas actividades se encuentran aquellas destinadas a brindar una atención integral, por medio de diferentes servicios que la población requiere en las unidades operativas de salud correspondientes.

Respecto a la actividad encomendada, la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, define el servicio social de estudiantes y profesionistas en el siguiente numeral:

ARTÍCULO 53.- Se entiende por servicio social el trabajo de carácter temporal y mediante retribución que ejecuten y presten los profesionistas y estudiantes en interés de la sociedad y el Estado.

En el caso de nuestra entidad, las actividades que la *Guía básica para el médico pasante en servicio social* estipula que debe realizar dicho profesional en atención al menor de cinco años de edad, son:

- Elaborar el registro y el expediente personal de cada niño para la atención y cuidado de la salud.
- Vigilar crecimiento y desarrollo físico, psicomotor y neurológico.
- Identificar factores de riesgo que limiten el crecimiento y desarrollo, así como, factores de mal pronóstico del entorno familiar.
- Realizar procedimientos clínicos necesarios para el diagnóstico precoz.
- Identificar problemas posturales.
- Aplicar y actualizar esquema de vacunación.
- Administrar micronutrientes.

²⁶ En vigor al momento de los hechos. La Norma Oficial Mexicana *NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012; señala en su apartado 3.23 que la consulta externa es aquella atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en el domicilio del mismo, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

²⁷ La *Guía básica para el médico pasante en servicio social* define al Centro de Salud Rural Disperso como aquel ubicado en localidades con población menor de 2,500 habitantes, donde el pasante es el responsable de la unidad. Cuenta con consultorio, área de inmunizaciones y curaciones, sala de expulsión, sala de espera, sanitario para el público y habitación con baño para el pasante.

[...]

- Orientar a los padres sobre los cuidados del niño(a) y estimulación temprana.
- Promueve la actividad física y la prevención de accidentes.

En virtud de lo anterior, este Organismo estimó que si bien en nuestra entidad se permite a un médico pasante en servicio social la responsabilidad de dirigir los centros de salud rural dispersos, lo cierto es que por el nivel de formación que estos poseen, así como el conocimiento gradual de la ciencia médica que se encuentran adquiriendo, deben ser sujetos de supervisión constante.

Sobre el particular, el Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud,²⁸ refiere el desarrollo de las siguientes funciones:

XIII.- Propiciar que el servicio social sea una etapa académica de la formación profesional de las carreras del área de la salud y que sus acciones lleguen prioritariamente a los grupos humanos que carecen de atención, **bajo la vigilancia y evaluación de personal capacitado que labore en las instituciones de salud;**

Ahora bien, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en su Recomendación General 15, *Sobre el derecho a la protección de la salud*, refirió, con base a la normativa aplicable que:

[...] los pasantes de las profesiones para la salud deberán prestar su servicio social tal como lo señala la ley, prioritariamente en las unidades aplicativas del primer nivel de atención, en áreas de menor desarrollo económico y social, y estarán autorizados por ley a prescribir, únicamente y con las limitaciones que la Secretaría de Salud determine, y no deberán brindar ningún otro tipo de tratamiento que no esté supervisado por los médicos titulares responsables de las unidades de servicio médico. Sin embargo, aun cuando el marco jurídico prescribe la necesaria supervisión de los médicos titulares, en muchas ocasiones

²⁸ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el diecinueve de octubre de mil novecientos ochenta y tres.

ello se omite, lo que acarrea graves consecuencias a la salud de los pacientes.²⁹

En ese sentido, esta Comisión de Derechos Humanos ha señalado con anterioridad en las **Recomendaciones 19/2016**³⁰ y **20/2016**,³¹ la importancia de que en los centros de salud y nosocomios dependientes del Instituto de Salud del Estado de México, se armonicen las disposiciones relativas a la educación en salud, tales como el servicio social y las residencias médicas, para que en las actividades realizadas por el médico en formación, les sean asignadas aquellas funciones señaladas por la normatividad en la materia y que no excedan de las responsabilidades que les son encomendadas; además de que es necesaria la supervisión y vigilancia de un médico tratante o con grado superior a fin de que los actos desplegados por el profesional en formación no vulneren o pongan en riesgo derechos humanos inherentes a las y los pacientes.

En la especie, se pudo advertir que **MPSSR** tenía la obligación de brindar la atención en el Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, responsabilidad que acorde a lo establecido por la *Guía básica para el médico pasante en servicio social*; consistía en:

[...]

X. Proporcionar atención médica preventiva, curativa, de rehabilitación y de urgencias de manera integral al individuo, familia y población de su área de responsabilidad;

XIV. Referir a los pacientes que requieran servicios de mayor complejidad, participar en el seguimiento y control de los

²⁹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. *Recomendación General 15*, emitida el veintitrés de abril de dos mil mil nueve. Disponible en http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_015.pdf

³⁰ Emitida a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México el veintinueve de agosto de dos mil dieciséis, por violación a los derechos a la protección de la salud, a recibir atención médica integral, a una atención médica libre de negligencia, a recibir un trato digno y respetuoso, a otorgar el consentimiento válidamente informado y del derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica. El texto íntegro de la Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 70 fojas. Disponible en: <http://www.codhem.org.mx/LocalUser/codhem.org/recomendaciones/pdf/2016/1916.pdf>.

³¹ Dirigida a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México el seis de septiembre de dos mil dieciséis, por violación al derecho a una atención médica libre de negligencia. El texto íntegro de la Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 45 fojas. Disponible en: <http://www.codhem.org.mx/LocalUser/codhem.org/recomendaciones/pdf/2016/2016.pdf>.

contrarreferidos, en caso de no recibir la contrarreferencia, verificar a través de la visita domiciliaria, con apoyo de los cuidadores de la salud;

[...]

XIX. Participar en la identificación y referencia de casos que requieran asistencia social y/o atención médica especializada a la institución correspondiente;

Aunado a lo anterior y como lo manifestaron **SPR1** y **SPR2** en sus comparencias ante esta Defensoría de Habitantes, cuando **MPSSR** se encontraba ausente en el Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, no se podía brindar la atención de primer contacto que requerían los usuarios de dicha unidad médica; por lo que resultó evidente que el personal auxiliar que se encontraba bajo su subordinación, llevara a cabo acciones sin la supervisión de quien detenta la responsabilidad médica.³²

Por lo anterior, es prioritario que el Instituto de Salud del Estado de México se avoque a efectuar una supervisión constante del Centro de Salud Rural Mado Sector I de Acambay, en el entendido que este tipo de establecimientos otorgan atención médica primaria a la población, verificación que debe ser efectuada por la Coordinación de Regulación Sanitaria.

Sobre el particular, y considerándose que la naturaleza del servicio social es académica, corresponde al instituto del ramo llevar a cabo inspecciones constantes con el fin de que la atención a la salud se efectúe de manera adecuada.

Concerniente a ello, entre otras actividades, la Jurisdicción Sanitaria, como unidad técnico-administrativa desconcentrada por región del Instituto de Salud del Estado de México, de acuerdo con el *Manual de organización tipo de jurisdicción sanitaria*, posee las siguientes facultades:

³² La Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, *En materia de información en salud*, señala que el médico en contacto directo con el paciente será aquel profesional en salud con título y cédula profesional que realiza actividades propias de su profesión o especialidad, de atención directa a la salud de pacientes; no incluye a los que se desarrollan en áreas de apoyo técnico, investigación, docente y administrativo.

-  Supervisar y evaluar la prestación de servicios de atención médica a la población, con base en la normatividad establecida, así como dar seguimiento a los resultados de las supervisiones realizadas a efecto de corregir las incidencias detectadas.

-  Supervisar la asistencia y permanencia del personal adscrito a las unidades médicas a la Jurisdicción Sanitaria, a, así como del personal que realiza su servicio social.³³

Por otra parte, con relación al caso en concreto, en el que la atención médica debía ser otorgada a **V1**; resulta orientador el criterio establecido en la *Observación General No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, la cual señala que en el artículo 24, párrafo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño se instituye la obligación de los Estados partes para esforzarse por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de los servicios sanitarios. Además, impone el deber de actuar por velar que todos los niños dispongan de servicios sanitarios y otros que sean accesibles, especialmente en el caso de zonas y poblaciones insuficientemente atendidas.³⁴

En consecuencia, de todo lo anteriormente expuesto, este Organismo consideró que en la ejecución del acto médico con que se atendieron las necesidades de salud del paciente, se acreditó una vulneración a su derecho a recibir una atención médica integral, que se materializó en un mal diagnóstico, irregularidades en la integración del expediente, en la demora respecto del procedimiento de referencia que **V1** requería y en la carencia, disponibilidad y aceptabilidad de los servicios sanitarios, lo que derivó en su deceso; por lo que esta Defensoría de Habitantes estimó pertinente solicitar al Instituto de Salud del Estado de México, implementara las siguientes:

³³ Instituto de Salud del Estado de México, *Manual de Organización tipo de Jurisdicción Sanitaria*, julio de dos mil ocho. Disponible en file:///C:/Users/usuario/Downloads/05_MANUAL%20DE%20ORGANIZACION%20TIPO%20DE%20JURISDICCION%20SANITARIA.pdf.

³⁴ Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño. UNICEF. Consultado el diez de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>.

IV. MEDIDAS DE REPARACIÓN

Conforme a lo dispuesto en los artículos 108 y 109³⁵ de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con los numerales 1, 5, 7, 26, 27, 62 fracción I, 73 fracción IV y V, 74 fracción II y IX, y 75 fracción IV, de la Ley General de Víctimas; así como en los artículos 1, 2, 10, 11, 12, 13 fracciones II, IV y V de la Ley de Víctimas del Estado de México; atendiendo a las circunstancias del asunto, a las acciones y omisiones que expusieron la vulneración, con un criterio de complementariedad para la determinación armónica y eficaz de las medidas de reparación, contemplando un enfoque diferencial y especializado, ante las evidencias del caso, este Organismo ponderó y consideró aplicables las siguientes:

A. MEDIDAS DE REHABILITACIÓN

A.1 ATENCIÓN PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA

Previo consentimiento expreso de **Q** y **V2**, a través del personal profesional necesario, se deberán practicar las entrevistas que permitan establecer un psicodiagnóstico para determinar la afectación que pudiera existir dada la pérdida ocasionada; por lo que en caso de encontrarse aspectos que requieran la atención especializada, la autoridad recomendada deberá otorgarles o facilitarles la atención psicológica que requieran, la cual se proporcionará por personal especializado, de forma inmediata y continua hasta su total rehabilitación.

En virtud de lo anterior, la autoridad recomendada deberá brindar ese apoyo, presentando un programa consensuado con **Q** y **V2**; el cual atienda sus necesidades particulares con el fin de ayudar a resolver el daño sufrido; además de planificar acciones de seguimiento. En consecuencia, podrá auxiliarse de la institución pública que ofrezca esos servicios, la cual deberá encontrarse en un

³⁵ Artículo modificado con las reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 27 de mayo de 2015, y que al momento de los hechos correspondía al diverso 113 constitucional, el cual refiere que “La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes”.

perímetro conveniente para el traslado de las víctimas. Una vez hecho lo anterior, se notificará a esta Comisión acerca del cumplimiento de la medida de reparación cuando suceda el alta médica relativa.

A.2 ATENCIÓN MÉDICA

El Instituto de Salud del Estado de México, deberá velar por que la póliza del seguro popular con la que se encuentren afiliados a los servicios de salud **Q** y **V2** permanezca vigente, quedando a su cargo la responsabilidad para que su renovación sea continua y se encuentren en posibilidad de recibir la atención médica que en un futuro requieran.

B. MEDIDAS DE SATISFACCIÓN

B.1 APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS

El artículo 73 fracción V de la Ley General de Víctimas, previene la aplicación de sanciones administrativas a los responsables de violaciones de derechos humanos, sobre la base que las autoridades competentes determinen. En el caso concreto, será la Contraloría Interna del Instituto de Salud del Estado de México, instancia que integró el expediente número CI/ISEM/DH/016/2016, quien determine, en un plazo razonable y prudente, la responsabilidad administrativa en que pudieron haber incurrido **SPR1** y **SPR2**; acciones que hará del conocimiento de este Organismo.

C. MEDIDAS DE NO REPETICIÓN

En armonía con lo fijado en el artículo 74 de la Ley General de Víctimas, deben considerarse las siguientes acciones:

C.1. PERFIL PROFESIONAL

Con base en lo razonado en el **punto III apartado B** de esta Recomendación; es innegable que los servidores públicos que laboran dentro de las instituciones de

salud, poseen la obligación de acatar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de sus funciones; por lo cual, el Instituto del ramo, deberá verificar que dichos profesionales posean la actualización, experiencia y conocimientos necesarios para la prestación del servicio de salud, debiendo solicitar al personal adscrito al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, las constancias que lo comprueben, con el fin de corroborar que se encuentran facultados para el desempeño de la ciencia médica.

C.2 PRÁCTICA MÉDICA CONFORME A NORMAS Y GUÍAS

De manera inmediata, se implementen la(s) circular(es) necesarias como instrumento administrativo idóneo para garantizar la observancia de las Normas Oficiales Mexicanas *NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño, NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico*; así como de la *Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en menores de cinco años en el primer nivel de atención*, que son base de los razonamientos esgrimidos en esta Recomendación; con la finalidad de brindar una atención médica integral que tenga por objeto llevar a cabo diagnósticos correctos así como establecer los tratamientos necesarios conforme a los requerimientos de las y los pacientes; haciendo especial énfasis cuando se trate de niñas y niños, que debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran, son vulnerables a sufrir un menoscabo o detrimento en su salud; acciones con las cuales se prevendrá que hechos como los aquí descritos no vuelvan a repetirse.

En consecuencia, dichas circulares deberán ser dirigidas al personal médico adscrito a los diferentes centros de salud rural dispersos que se encuentran en la entidad y que son dependientes del Instituto de Salud del Estado de México; teniendo como objetivo el cuidado respecto de los procedimientos que marca la *lex artis médica*, para que se realicen de manera profesional; garantizando que la autoridad recomendada tome las medidas que fortalezcan el sentido del deber ético para que el ejercicio de la práctica médica sea conforme a las normas, procedimientos, guías de referencia y lineamientos que han sido establecidos para

los servidores públicos del Instituto de mérito; de acuerdo a lo razonado en el apartado III de esta Recomendación. Lo que hará del conocimiento de este Organismo.

C.3. CAPACITACIÓN EN DERECHOS HUMANOS

De igual manera, y con la finalidad de que el personal médico se conduzca privilegiando el respeto por los derechos humanos, desarrollando su actuación conforme a los principios de la bioética que se ajusten a este caso interactuando de manera permanente y constante para conocer y reconocer su estado de salud e informando acerca de los padecimientos y los tratamientos que requieran los usuarios del sistema de salud; la autoridad responsable deberá presentar a esta Comisión un programa de cursos en materia de respeto al derecho a la protección de la salud que contemple la revisión del marco jurídico nacional, convencional y local; haciendo especial énfasis en la obligación que poseen los profesionales de la salud, para brindar una atención médica integral.

En el programa que se remita a esta Comisión para considerar el cumplimiento de esta medida de reparación y que será dirigido al personal médico del Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay; deberá contener el nombre de los cursos, a qué personal específico irá dirigido, el objetivo que se pretende alcanzar, la duración en horas, el temario en concreto y los objetivos específicos; la cantidad de participantes, el registro de asistencia, en su caso la evaluación pertinente y los resultados obtenidos.

C.4. ACTOS INSTITUCIONALES

Esta Comisión Estatal ha dado cuenta en las **Recomendaciones 19/2016** y **20/2016**, de la omisión respecto a la falta de vigilancia y supervisión hacia médicos pasantes en servicio social y/o residentes adscritos a las unidades de salud y que se encuentran en una etapa de formación académica; los cuales llevan a cabo procedimientos y funciones propias del médico tratante, lo que puede derivar en

vulneraciones al derecho a la protección de la salud, como sucedió en el caso que nos ocupa.

Por lo tanto, en atención a lo esgrimido en el punto **III, apartado B** de esta Recomendación, se debe verificar que los médicos que realicen su servicio social, en centros de salud rurales dispersos, dependientes del Instituto de Salud de la entidad, sean supervisados de manera constante a efecto de que se brinde atención médica adecuada, así como un trato digno y respetuoso a los usuarios; para lo cual deberá remitirse a este Organismo las constancias en las que se advierta la adecuada supervisión de los médicos pasantes en servicio social, la cual puede ser efectuada por la jurisdicción sanitaria de ese Instituto.

C.5. DISPONIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD EN LA INFRAESTRUCTURA MÉDICA

Con el objeto de garantizar el respeto del derecho humano a la protección de la salud y a recibir una atención médica integral; así como preservar, proteger y prolongar la vida humana de los pacientes, previniendo omisiones como las descritas en la presente resolución; la autoridad recomendada deberá tomar en cuenta lo dispuesto en el punto **III apartado B** de esta Recomendación, y bajo la supervisión del coordinador de salud, conforme a las atribuciones que a él le concede el artículo 16 del Reglamento Interno del propio Instituto, verificará que exista personal suficiente en número y capacitado para atender el servicio de primer nivel en el Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay; considerando además los recursos para que el sistema de referencia y/o contrarreferencia a un segundo o tercer nivel de atención se encuentre disponible en aquellos casos que así lo ameriten.

Petición que deberá implementar y supervisar a través de su coordinador de salud haciéndola del conocimiento de este Organismo al informar sobre el cumplimiento de la medida de reparación.

En consecuencia, se formularon las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Como **medida de rehabilitación**, estipulada en el punto **IV apartado A.1** de esta Recomendación y en atención del daño inmaterial del que fueron víctimas **Q** y **V2**, debido al deceso de **V1**, previo consentimiento documentado, deberá emitir un psicodiagnóstico especializado y brindar la atención que en su caso requieran, para lo cual presentará la agenda de citas acordada con los especialistas para la atención, así como el seguimiento personalizado al tratamiento psicológico y observando que el beneficio en dicha medida de reparación permita la accesibilidad en el traslado de **Q** y **V2**.

SEGUNDA. Como **medida de rehabilitación**, según lo descrito en el punto **IV apartado A.2** de esta resolución, el Instituto de Salud de la Entidad deberá documentar que la póliza del seguro popular con la que **Q** y **V2** se encuentren afiliados a los servicios de salud, permanezca vigente, quedando a su cargo la responsabilidad para que su renovación sea continua y puedan recibir la atención médica que soliciten en un futuro. Punto recomendatorio que deberá documentarse ante este Organismo.

TERCERA. Como **medida de satisfacción**, señalada en el punto **IV apartado B.1** de esta Recomendación, y referente a la aplicación de sanciones administrativas; remitirá al órgano de control interno del Instituto de Salud de la entidad, la copia certificada de esta resolución que se anexó, para que se integre al expediente CI/ISEM/DH/016/2016; para que los argumentos y evidencias de la misma, previas formalidades procesales puedan considerarse al determinar la probable responsabilidad administrativa de **SPR1** y **SPR2**, servidores públicos involucrados en el presente asunto. En consecuencia, la autoridad responsable deberá remitir constancia respecto al cumplimiento de estas acciones a esta Defensoría de Habitantes.

CUARTA. Como **medidas de no repetición**, descritas en el punto **IV apartados C.1, C.2, C.3, C.4 y C.5**, la autoridad recomendada a través de su coordinador de salud deberá realizar las siguientes acciones:

a) Con un enfoque preventivo y protector de los derechos humanos, deberá verificar que los profesionales de la salud adscritos al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, posean la actualización, experiencia y conocimientos necesarios para la prestación del servicio público de salud, al respecto el Instituto de Salud de la entidad deberá allegarse de las constancias que así lo comprueben.

b) Conforme a las atribuciones que le concede el Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México, ordenará que, se implementen las circulares con que se instruyan la observancia de las Normas Oficiales Mexicanas *NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño, NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico*; así como de la *Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en menores de cinco años en el primer nivel de atención*; con el objeto de evitar que el acto médico carezca de respeto a la dignidad y a los derechos fundamentales del paciente, previniendo así que hechos como los que se describen no vuelvan a repetirse.

c) A fin de que el personal médico se conduzca privilegiando el respeto a los derechos humanos, desarrollando su actuación conforme a los principios de protección de la salud de las personas; presentará a esta Comisión un programa de cursos en materia de respeto al derecho a la protección de la salud que contemple la revisión del marco jurídico nacional, convencional y local; haciendo especial énfasis en la aplicación de principios de la bioética. Dicho programa deberá ser dirigido al personal médico del Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay.

d) Con el objeto de brindar una atención médica integral, se efectúen supervisiones a los médicos que realicen su servicio social, en centros de salud rurales dispersos, dependientes del Instituto de Salud de la entidad, a efecto de que se verifique la atención médica adecuada, así como un trato digno y respetuoso a los usuarios; para lo cual deberá remitirse la programación de las supervisiones efectuadas por la jurisdicción sanitaria de ese Instituto a dichos centros, así como los resultados de la misma; acción que deberá llevarse a cabo durante el periodo que presten sus servicios los médicos pasantes y en servicio social.

e) Con el objeto de garantizar el respeto del derecho humano a la protección de la salud y a recibir una atención médica integral; previniendo omisiones como las descritas en esta Recomendación; verificará que exista personal suficiente en número y capacitado para atender el servicio de primer nivel en el Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay; considerando además los recursos para que el sistema de referencia y/o contrarreferencia a un segundo o tercer nivel de atención se encuentre disponible en aquellos casos que así lo ameriten.