

RECOMENDACIÓN 9/2017¹

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**, se realizaron las consideraciones siguientes:

DESCRIPCIÓN DEL HECHO Y DE LA QUEJA

El dos de junio de dos mil quince a las diecisiete horas con tres minutos, **Q** y **V2** llevaron a **V1** al servicio de urgencias del Hospital para el Niño, dependiente del Instituto Materno Infantil del Estado de México; donde fue atendido por la médica pediatra **SP1**, toda vez que el menor presentaba rechazo al alimento, quien después de realizar la exploración física, estableció diagnóstico de desnutrición de tercer grado tipo Kwashiorkor, hospitalizándolo y solicitando la realización de exámenes paraclínicos.

Así, **V1** permaneció varios días hospitalizado en el servicio de urgencias, siendo hasta el cinco de junio de dos mil quince cuando el médico pediatra **SPR3** estableció nuevo diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, sometiendo al menor a fase III de ventilación, pero omitiendo ingresarlo a la unidad de cuidados intensivos pediátricos para su manejo integral, tal como lo establece la guía de práctica clínica en la materia.²

En esa misma fecha, la médica **SPR4** del servicio de urgencias, identificó hiperkalemia grave, omitiendo la práctica de electrocardiogramas que permitieran monitorizar las alteraciones provocadas a nivel cardiaco; además de no llevar a cabo una monitorización con exámenes de laboratorio.

¹ Emitida por este Organismo al Director del Instituto Materno Infantil del Estado de México, el treintauno 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 40 fojas.

² *Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 18 años en el primer y segundo nivel de atención*. México, 2008; Secretaría de Salud.

Finalmente, a las diecisiete horas con diez minutos del seis de junio de dos mil quince, la residente de primer año **MR3** y la pediatra **SP11**, reportaron al menor con falla orgánica múltiple, con disfunción hematológica, ventilatoria, cardiovascular y renal, continuando con manejo dinámico del ventilador; sin embargo **V1** continuó agravándose y a las cero horas del siete de junio de dos mil quince, la enfermera **SP13**, reportó que el menor presentaba bradicardia sin saturación, por lo que avisó al doctor **SP12**, realizándole maniobras de reanimación sin obtener respuesta, asentándose la fecha y hora del fallecimiento a las veintitrés horas con treinta minutos del seis de junio de dos mil quince, bajo el diagnóstico de falla orgánica múltiple, choque séptico,³ sepsis grave,⁴ neumonía adquirida en la comunidad,⁵ desnutrición grave⁶ e insuficiencia renal aguda.⁷

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 la indagación de la responsabilidad en que pudieron incurrir servidores públicos adscritos al Instituto Materno Infantil del Estado de México, en perjuicio de **V1**.

³ Sepsis grave con hipotensión que no responde a la reanimación con líquidos. *Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto. México, 2008; Secretaría de Salud.*

⁴ Es la respuesta inflamatoria sistémica a la infección, cuando no existe infección comprobada o sospechada no se puede hablar de sepsis. La infección es el proceso patológico secundario a la invasión de tejido, líquido o cavidad normalmente estéril por microorganismos patógenos. *Sepsis. Conceptos actuales (Primera de tres partes). Rev. Fac. Med. UNAM Vol.47 No.6 Noviembre-Diciembre, 2004.* Consultado el siete de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046d.pdf>.

⁵ La neumonía adquirida en la comunidad es una infección aguda del tracto respiratorio inferior que se adquiere fuera del hospital, con o sin presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax y que se confirma con exámenes de laboratorio. Es una enfermedad que afecta a todas las edades, pero principalmente a niños de muy corta edad y adultos mayores. *Neumonía adquirida en la comunidad. Archivos de Medicina de Urgencia de México 2010; 2 (1): 35-39.* Consultado el siete de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2010/aur101f.pdf>.

⁶ Deficiencia de peso para altura (P/A). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo. *Glosario de términos sobre desnutrición. UNICEF.* Consultado el siete de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: https://www.unicef.org/lac/glosario_malnutricion.pdf.

⁷ La insuficiencia renal aguda (IRA) es un síndrome que se caracteriza por disminución abrupta (horas a días) de la filtración glomerular, que resulta en la incapacidad del riñón para excretar productos nitrogenados y para mantener la homeostasis de líquidos y electrolitos. Esta alteración en la función renal ocurre con lesión renal en los túbulos, vasos, intersticio y glomérulos y excepcionalmente sin lesión demostrable o puede ser producto de la exacerbación en un paciente con enfermedad renal previa. Consultado el siete de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.amc.org.mx/web2/images/media/enfermedad/IRA.ACAD.DR.MANUEL.DIAZ.DE.LEON.pdf>.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En la integración del expediente de queja se requirió el informe de Ley al Instituto Materno Infantil del Estado de México, organismo del que depende el Hospital para el Niño; 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 otros servidores relacionados con el caso; además se recibieron, admitieron, desahogaron y valoraron las pruebas ofrecidas; de donde derivaron las siguientes:

PONDERACIONES

I. PREÁMBULO

En la actualidad, la protección, defensa, respeto y promoción de los derechos humanos se erige como la pauta bajo la cual, todo sistema democrático debe dirigirse; situándose como uno de los pilares fundamentales para la construcción de todo Estado moderno.

Por lo anterior, el Estado y sus instituciones deben garantizar a la población el pleno ejercicio de dichas prerrogativas, adquiriendo el papel de defensores, desarrollando políticas públicas y constituyendo instrumentos que aseguren la protección de los derechos fundamentales, además de contraer la responsabilidad de responder cuando los servidores públicos que los conforman, vulneran o ponen en riesgo la esfera de derechos de las personas.

Así, dentro de la inmensa gama de derechos humanos, encontramos el relativo a la salud y a su protección; mismo que ha sido definido por la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946, que en su preámbulo señaló que se trata de un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades; afirmando además que el grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos

fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.⁸

No obstante, el derecho a la salud posee elementos que permiten contribuir a alcanzar el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; los cuales el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que es el órgano responsable de realizar el seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha denominado como factores determinantes básicos de la salud, tales como: la alimentación, vivienda, acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas así como a un medio ambiente sano.⁹

En ese sentido, es el propio Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su artículo 12, párrafo 2, apartado a); señala la necesidad para adoptar medidas concernientes a reducir la mortalidad y la mortalidad infantil,¹⁰ promoviendo así el sano desarrollo de la niñez.¹¹

De igual manera, otros instrumentos internacionales reconocen el derecho de la niñez al disfrute del más alto nivel posible de salud, así como al acceso a servicios sanitarios; como es el caso de la Convención sobre los Derechos del Niño que en su artículo 24 párrafo primero, reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y la

⁸ 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.

⁹ *Observación general N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. Consultado el diecisiete de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view>.

¹⁰ Entendiendo a la mortalidad infantil como la relación entre el número de niños nacidos muertos y el número total de nacimientos. Su cálculo y su seguimiento resultan complicados debido a las disposiciones reglamentarias, que varían con el tiempo y entre países, referentes a la declaración de un nacimiento según el término del embarazo y el estado inicial del niño. (Consultado el diecisiete de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1245178912608683>). En tanto, la mortalidad infantil consiste en el número anual de muertes infantiles dividido por el número total de nacimientos en una región determinada. (Consultado el diecisiete de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.humanium.org/es/mortalidad-infantil/>)

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.

rehabilitación de la salud; asegurando además por esforzarse para que ningún niño sea privado de ese derecho.¹²

En virtud de ello, las autoridades y los servidores públicos encargados de la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, específicamente aquellos en los que se brinde atención médica a niñas y niños, deben materializar en sus actos el respeto por los derechos humanos, desplegando su labor conforme a las necesidades que requieren las personas y los pacientes.

Así, en el caso concreto, servidores públicos adscritos al Instituto Materno Infantil del Estado de México, en el ejercicio de un deber encomendado por la ley, brindaron una atención médica que se consideró violatoria a derechos humanos, en virtud de que, conforme a las evidencias reunidas por este Organismo, se desprendió que se afectó el derecho humano a la protección de la salud en la persona de **V1** y constituyó uno de los elementos por los que se derivó su deceso; causando además daños inmateriales¹³ en **V2** y **Q**.

Lo anterior se coligió en razón de que, tras ser atendido médicamente los días siete y veintiocho de mayo de dos mil quince en el Centro de Salud Rural de Mado Sector I en Acambay, unidad dependiente del Instituto de Salud del Estado de México, lugar en el que no se advirtieron datos clínicos importantes acerca del estado de desnutrición que padecía; el dos de junio de ese año **V1** fue trasladado por sus padres **Q** y **V2** al Hospital para el Niño en Toluca, nosocomio adscrito al Instituto Materno Infantil del Estado de México.

¹² 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.

¹³ *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>.

Así, durante la estancia de **V1** en el Hospital para el Niño, la cual se suscitó desde el dos hasta el seis de junio de dos mil quince, personal médico de dicho nosocomio estableció diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, sin que fuera ingresado en el área médica específica para su cuidado; y en consecuencia, omitiendo otros actos médicos tales como la práctica de electrocardiogramas, monitorizaciones con exámenes de laboratorio, acciones todas primordiales para establecer un tratamiento específico; por lo que la noche del seis de junio de dos mil quince, **V1** falleció debido a la falta de cuidado y diligencia en los procedimientos médicos desarrollados.

De lo anteriormente expuesto, esta Comisión de Derechos Humanos estableció que los servidores públicos adscritos al Hospital para el Niño, que atendieron a **V1** en el ejercicio de la profesión médica, 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.¹⁴

En el sistema internacional de protección a los derechos humanos, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales define en el apartado 1 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que el derecho a la salud, es un derecho inclusivo, es decir que no solamente contempla la atención de la salud de forma oportuna y apropiada, sino que también abarca elementos esenciales y que se encuentran interrelacionados, pero cuyo desarrollo dependerá mayormente de las condiciones que existan en un determinado Estado.

¹⁴ 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.

Por otra parte, en el ámbito interno son dos textos los que refieren el derecho a la protección de la salud: el primero de ellos, es la Constitución Política Federal, la cual señala en el artículo 4° que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; agregando además que será la Ley que defina las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, estableciendo también la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.¹⁵

Así, el derecho a la salud implica una serie de obligaciones de doble naturaleza por parte del Estado y las autoridades; las que pueden traducirse en la prestación de bienes y servicios que coadyuven a proteger ese derecho (carácter positivo), y en la prohibición por parte del Estado, para que se abstenga de dañar la salud mediante actos u omisiones (carácter negativo).

En consecuencia, los actos que sean realizados por aquellos servidores públicos encargados de la protección de la salud, requieren ejecutarse conforme a lo establecido por la ciencia, la literatura y la práctica médica, pero a su vez por lo que señala la ley y las disposiciones, normas y guías que han sido creadas para tal efecto; desplegando su actuar en estricto apego a las necesidades y condiciones de los pacientes.

Aunado a lo anterior, la prestación del servicio de salud debe enfocar mayores esfuerzos cuando se trate de brindar atención médica a pacientes que, por determinadas circunstancias o condiciones, son más vulnerables a que sus derechos humanos sean violados debido a una acción u omisión por parte de los profesionales de la salud. Tal es el caso de las niñas y niños, que en razón de su edad y desarrollo psicofísico, corren el riesgo de que se les impida acceder a incorporarse a mejores condiciones de vida.

¹⁵ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el cinco de febrero de dos mil diecisiete. Consultado el veinte de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_050217.pdf.

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

III. DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL¹⁶

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.¹⁷

En el sistema mexicano, la actuación de los profesionales de la salud se rige bajo estándares técnicos que han sido establecidos con el fin de que, la atención médica que se proporcione a los pacientes se brinde con calidad y seguridad, garantizando que el diagnóstico y el tratamiento que reciban respecto a su estado de salud, sean desarrollados conforme a criterios claros y homogéneos, permitiendo en su caso atenuar, detener o revertir la gravedad que presente el usuario del sistema de salud.

En ese sentido, la atención médica integral se halla instituida en la Ley General de Salud, la cual indica en su artículo 33 que será conformada por aquellas acciones de carácter: I. Preventivas, es decir aquellas que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad; y IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.¹⁸

¹⁶ 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.

¹⁷ 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.

¹⁸ Artículo 33 de la Ley General de Salud, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el veintisiete de enero de dos mil diecisiete. Consultado el veinte de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf.

Por lo que hace a nuestra entidad, es el artículo 2.16 del Código Administrativo del Estado de México el que establece que entre los servicios de salud que proporciona el Estado se encuentra la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables. Obligación que se corrobora en el numeral 13 del Reglamento de Salud de la entidad, el cual señala que para los efectos del derecho a la protección a la salud, se deben considerar como servicios básicos entre otros, los referentes a la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

Sobre la base de las ideas expuestas, del análisis del caso concreto y administrado con las evidencias descritas, valorando las circunstancias bajo las que se llevó a cabo la atención médica a **V1**, este Organismo formó conocimiento a partir de dos momentos que estimó importantes y que sirvieron para determinar si se configuró una conducta probablemente violatoria a derechos humanos; señalando para tal efecto que el estudio de los hechos se realizó de forma cronológica según sucedieron y respecto al impacto que adquirieron en las víctimas.

A. DE LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A V1 EN EL HOSPITAL PARA EL NIÑO

Debido a la ausencia de personal médico que atendiera de forma oportuna a **V1** en el Centro de Salud Rural de Mado Sector I en Acambay;¹⁹ a las diecisiete horas con tres minutos del dos de junio de dos mil quince, sus padres **Q** y **V2**, acudieron junto con **V1** al servicio de urgencias del Hospital para el Niño en Toluca, perteneciente al Instituto Materno Infantil del Estado de México; lugar donde se llevaron a cabo las siguientes acciones, mismas que se desprenden de las documentales que conforman el expediente de queja:

A su llegada al servicio de urgencias, **V1** fue atendido por la pediatra **SP1** quien tras llevar a cabo la exploración física, diagnosticó desnutrición proteicocalórica severa, ordenando su hospitalización y solicitando además la práctica de

¹⁹ Hechos que constan en la Recomendación 8/2017 emitida por este Organismo a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México, el treinta de marzo de dos mil diecisiete por violación al derecho a la protección de la salud y violación al derecho a recibir atención médica integral.

exámenes paraclínicos. Luego, a las diecinueve horas con treinta y cinco minutos del dos de junio de dos mil quince, **V1** fue valorado por la nutrióloga pediatra **SP2**, quien de acuerdo a los datos previos observó deterioro del estado nutricional, cursando una desnutrición crónica agudizada de intensidad grave tipo Kwashiorkor;²⁰ por lo que una vez señalado lo anterior, interrogó a **V2**, quien le expresó que si bien acudía a consultas pediátricas, en ningún momento se le comentó que su hijo no estuviera creciendo de manera adecuada o que hubiera alguna alteración de peso. Finalmente, siendo las veintidós horas con treinta y nueve minutos, el médico **SP3** elaboró nota de ingreso, refiriendo los antecedentes de **V1** e indicando que presentaba anemia microcítica hipocrómica.

El tres de junio de dos mil quince, a las doce horas con tres minutos las médicas **SP4** y **SP5**, señalaron que tras la exploración física, **V1** contaba con signos universales de desnutrición; iniciando el suministro de glucosa vía oral. Además, informaron a familiar del paciente acerca del estado clínico bajo el que se encontraba, así como de los riesgos que suponía, tales como infección nosocomial,²¹ sepsis y choque séptico. Mientras tanto, a las diecisiete horas de ese mismo día, las médicas **SP4** y **SP7** señalaron que el paciente se encontraba delicado con pronóstico reservado a evolución, avisando al familiar sobre el estado clínico y las complicaciones tales como: **infección nosocomial, sepsis, choque séptico, insuficiencia cardiaca e incluso la muerte.**

²⁰ La etiología más frecuentemente descrita es por la baja ingesta de proteínas, sobre todo en pacientes que son alimentados con leche materna prolongadamente, o en zonas endémicas donde los alimentos sean pobres en proteínas animales o vegetales. Incluso se describió que en países africanos que fueron alimentados con maíz alterado, la deficiencia del triptófano en este alimento provocó la interrupción de la formación de proteínas propiciando la hipoproteïnemia y las manifestaciones descritas. Usualmente se presenta en pacientes de más de un año de edad, en particular aquellos que han sido destetados de la leche materna tardíamente, la evolución es aguda. Las manifestaciones clínicas son con una apariencia edematosa, el tejido muscular es disminuido, pueden acompañarse de esteatosis hepática y hepatomegalia, lesiones húmedas de la piel (dermatosis). *Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico*. Consultado el veinte de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr122d.pdf>.

²¹ Las infecciones nosocomiales son infecciones contraídas durante una estadía en el hospital que no se habían manifestado ni estaban en período de incubación en el momento del internado del paciente. Las infecciones que ocurren más de 48 horas después del internado suelen considerarse nosocomiales. *Prevención de las infecciones nosocomiales Guía Práctica. 2a edición, (2003). Organización Mundial de la Salud.*

El cuatro de junio de dos mil quince, siendo las quince horas, el cirujano pediatra **SP8** reportó la necesidad de practicar cirugía pediátrica, debido a que **V1** requería la colocación de un catéter venoso central, señalando que previa valoración, el paciente se encontraba inestable.

No obstante lo anterior, de las documentales que integraron el expediente clínico relativo a la atención médica brindada a **V1**, no existió registro de nota que avalara la toma de radiografía de control, así como de la colocación del catéter central que se mencionó. En ese sentido, dicha situación contraviene lo establecido por la Norma Oficial Mexicana *NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*; la cual señala lo siguiente:

5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y 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.

[...]

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.²²

Luego, fue hasta el cinco de junio de dos mil quince, a la una con cincuenta y seis minutos, que el médico **SPR3** del servicio de urgencias pediátricas, estableció nuevo diagnóstico, el cual refería una neumonía adquirida en la comunidad, argumentando que **V1** presentaba datos de dificultad respiratoria; por lo que decidió iniciar fase III de ventilación.

²² En vigor al momento de los hechos. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el quince de octubre de dos mil doce.

A las dos horas con ocho minutos de ese mismo día, el médico residente de primer año **MR1** y el médico pediatra **SP6**, mencionaron que **V1** presentaba una desaturación, broncoespasmo y disminución de murmullo vesicular, por lo que solicitaron la práctica de radiografías para corroborar la presencia de neumonía; continuando con el uso del ventilador.

En este punto, es preciso señalar que al establecer un diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, la obligación del doctor **SPR3**, **consistía en referir al paciente al servicio de cuidados intensivos pediátricos**; procedimiento que se contempla en la *Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 18 años en el primer y segundo nivel de atención*; la cual señala que entre los síntomas para contemplar dicho acto, se encuentran: una saturación de oxígeno, un probable estado de choque, dificultad respiratoria grave o bien respiración lenta o irregular;²³ referencia que no fue practicada. No obstante lo establecido en la guía referida, el médico **SPR3** omitió llevar a cabo dicho procedimiento.

Lo anterior se corroboró con la comparecencia ante esta Defensoría de Habitantes, donde el médico **SPR3** argumentó que el servicio de urgencias del Hospital para el Niño cuenta con la capacidad para el tratamiento y atención de los pacientes considerados graves, pero que en el caso de **V1**, no pudo concretarse ese esfuerzo, toda vez que el servicio de terapia intensiva pediátrica de dicho nosocomio **se encontraba saturado**, por lo cual el niño continuó su tratamiento en el servicio de urgencias.

Por otra parte, conforme a la opinión autorizada por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de la entidad, mediante el peritaje técnico institucional remitido a este Organismo; estableció en la **conclusión tercera, inciso a**, que existió negligencia en la atención brindada a **V1**, en razón de que el cinco de junio de dos

²³ *Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 18 años en el primer y segundo nivel de atención*. México, 2008; Secretaría de Salud. Consultado el veinte de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sg/css/documentos_pdf/Cat%20Maestro%20539%20GPC%202012/S-120-08_NEUMONIA_ADQUIRIDA_COMUNIDAD/SS_120_08_GRR.pdf.

mil quince, el pediatra **SPR3**, del servicio de urgencias estableció el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, con acidosis metabólica, sometiendo al niño a fase III de ventilación; omitiendo ingresarlo a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, para su manejo integral.

Aunado a ello, esta Comisión ha señalado con anterioridad en las **Recomendaciones 18/2016**²⁴ y **19/2016**,²⁵ la obligación para que en aquellos casos en los que la atención es urgente, el personal médico debe tomar decisiones de manera diligente, encaminadas a que el paciente pueda ser atendido por personas o instituciones que tengan conocimiento de la urgencia, y que en caso de ser necesario se realice el traslado, la referencia y/o contrarreferencia a los establecimientos de salud que puedan garantizar la atención médica que requieran conforme a su padecimiento; máxime cuando se trata de situaciones que ponen en peligro la vida de los pacientes o bien, cuando se trata de un problema médico agudo y que requiera de una atención inmediata que no pueda brindarse ese servicio en una unidad hospitalaria.

De igual manera, se robusteció lo anterior con el criterio argumentativo y orientador que realizó la Suprema Corte de Justicia de la Nación, quien señaló lo siguiente:

ACTO MÉDICO. MEJOR DECISIÓN POSIBLE PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MALA PRÁCTICA MÉDICA.

El médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia médica siendo, por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actividad se halla un elemento aleatorio. **El médico no garantiza la curación del enfermo, pero sí el empleo de las técnicas**

²⁴ Dirigida a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México el quince de julio de dos mil dieciséis, por violación al derecho a una atención médica libre de negligencia (mala práctica médica) y el derecho a obtener servicios públicos de calidad. El texto íntegro de la Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 60 fojas. Disponible en: <http://www.codhem.org.mx/LocalUser/codhem.org/recomendaciones/pdf/2016/1816.pdf>.

²⁵ 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>.

adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso. Consecuentemente, el médico cumple con su obligación cuando desarrolla o despliega el conjunto de curas y atenciones, en la fase diagnóstica, terapéutica y recuperatoria, que son exigibles a un profesional o especialista normal. **En consecuencia, el médico debe adoptar, de forma continuada, decisiones trascendentes para la vida humana.** En el curso del acto médico deben efectuarse **una serie de elecciones alternativas, desde el momento en que se precisa indicar las exploraciones necesarias para llegar a un diagnóstico, hasta el de prescribir una concreta terapia, y todo ello en el ámbito de la duda razonable sobre la mejor decisión posible.** Por lo tanto, después de analizar de manera sistemática el acto médico, para determinar la existencia de mala práctica médica, el juzgador está llamado a cuestionar si dentro de toda la gama de posibilidades, dadas las circunstancias del caso y el estado de la ciencia médica, la decisión tomada fue la mejor posible.²⁶

Así, la falta de condiciones hospitalarias para brindar la atención que en ese momento requería **V1**, se tradujo en una dilación por parte de **SPR3**, quien se encontraba obligado a tomar la mejor decisión posible para que el niño fuera referido a una unidad en la que pudiera recibir el cuidado médico que necesitaba, lo cual se omitió y en su lugar optó por que el paciente permaneciera en el servicio de urgencias. En virtud de ello, la actuación del médico pediatra constituyó una violación al derecho a la protección de la salud, ya que el Estado, las autoridades y servidores públicos del ramo deben garantizar la eficiencia en el funcionamiento de las unidades hospitalarias, evitando poner en riesgo la salud de los pacientes.

Ahora bien, continuando con la descripción de la atención médica brindada a **V1**, es el seis de junio de dos mil quince a las quince horas con cincuenta y tres minutos, cuando la médica residente de primer año **MR2** y la pediatra **SPR4**, informaron que el niño se encontraba en **estado de gravedad**, reportando la presencia de inestabilidad hemodinámica; sin embargo, de las documentales en que constó el expediente clínico, no existió evidencia acerca de exámenes o pruebas que avalaran la toma de controles de laboratorio que pudieran arrojar un

²⁶ SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (SCJN). Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tesis 1a. XXV/2013 (10a.) Décima Época, Tesis Aislada (Civil). Primera Sala. Libro XVI, Tomo 1, Enero de 2013, p. 621.

resultado que apoyara el diagnóstico de choque séptico. Además, se omitió la monitorización de la hiperkalemia que presentaba **V1**.

Lo anterior contravino lo establecido por la *Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de sepsis y choque séptico, en pacientes de 1 mes a 18 años de edad, SSA-291-10*,²⁷ la cual señala que ante la posibilidad de existir un choque séptico - que no depende únicamente de la presión arterial, pues puede aparecer con una presión arterial sistémica normal, aumentada o disminuida- debe ser confirmado por medio de la **citometría hemática**.²⁸

En ese sentido, si bien la pediatra **SPR4** manifestó ante este Organismo que al revisar a **V1** lo encontró con diagnósticos de lactante con desnutrición tipo Kwashiorkor y neumonía adquirida en la comunidad, señalando también que el monitor de signos vitales se encontraba midiendo la frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y tensión arterial; el peritaje médico técnico institucional emitido por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico señaló en su **conclusión tercera, incisos b y c**, que la servidora pública no practicó electrocardiogramas para monitorizar las alteraciones provocadas por la hiperpotasemia a nivel cardíaco, tal como lo señala la literatura médica, omitiendo además la realización de un monitoreo con exámenes de laboratorio que permitieran establecer un tratamiento y tomar decisiones oportunas respecto a la salud del paciente **V1**; aunado a que dicha Comisión manifestó que no se encontraron evidencias de que los médicos tratantes hayan tomado hemocultivos y cultivos de otros sitios del organismo, con los que completaran el protocolo de sepsis, y así desarrollar un tratamiento específico.

²⁷ *Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de sepsis y choque séptico en pacientes de 1 mes a 18 años de edad, SSA-291-10*. México, 2010; Secretaría de Salud. Consultado el veinte de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-291-10/RR.pdf>.

²⁸ La biometría hemática, o citometría hemática como también se le conoce, es el examen de laboratorio de mayor utilidad y más frecuentemente solicitado por el clínico. Esto es debido a que en un solo estudio se analizan tres líneas celulares completamente diferentes: eritroide, leucocitaria y plaquetaria, que no sólo orientan a patologías hematológicas; sino también a enfermedades de diferentes órganos y sistemas. Consultado el veinte de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2016/apm164h.pdf>.

Ahora bien, en esa misma fecha, a las diecisiete horas con diez minutos, la residente de primer año **MR3** y la pediatra **SP11**, reportaron que **V1** presentaba falla orgánica múltiple, con disfunción hematológica, ventilatoria, cardiovascular y renal; por lo que continuaron con el uso dinámico del ventilador. Sin embargo, **V1** prosiguió agravándose; por lo que, a las cero horas del siete de junio de dos mil quince, la licenciada en enfermería **SP13**, dio aviso a un médico residente, realizándole maniobras de reanimación sin obtener una respuesta favorable, estableciendo la hora del fallecimiento a las veintitrés horas con treinta minutos del seis de junio de dos mil quince.

Finalmente, a la una con treinta minutos del siete de junio de dos mil quince, la médica residente de primer año **MR3** junto con el doctor **SP12**, elaboraron la nota de defunción, estableciendo que la muerte de **V1** se produjo a las veintitrés horas con treinta minutos del día anterior; **con un diagnóstico de síndrome de falla orgánica múltiple, choque séptico, sepsis grave, neumonía adquirida en la comunidad, desnutrición grave e insuficiencia renal aguda.**

Por lo anteriormente expuesto, esta Comisión de Derechos Humanos, consideró que desde el momento en que **V1** ingresó al servicio de urgencias del Hospital para el Niño, adscrito al Instituto Materno Infantil del Estado de México y en el transcurso de la atención médica que le fue brindada; la actuación de **SPR3** y **SPR4** resultó distante de lo establecido por el artículo 51 de la Ley General de Salud, y el numeral 48 de su Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; de los cuales se desprende que los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea, a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Igualmente, es preciso señalar que el paciente posee el derecho a recibir una atención médica en la que se establezca un correcto diagnóstico y un tratamiento adecuado conforme a su enfermedad; por lo que en caso de que no puedan llevarse a cabo dichos actos, existe la obligación por parte del personal médico para que sea remitido a otro médico, o bien a otro nosocomio, con el fin de que

obtenga la atención adecuada; situaciones que de no actualizarse, como fue el caso que nos ocupó y que por diversas omisiones, no se garantizó el eficaz desarrollo de atención médica en favor de **V1**.

En consecuencia, esta Comisión documentó que **SPR3** desplegó un actuar alejado de lo que dicta la praxis médica, vulnerando los derechos humanos de **V1**; pues la inadecuada prestación del servicio de salud y la falta de atención médica integral, condicionó las inconsistencias en el diagnóstico, lo que ocasionó que el procedimiento clínico que el paciente requería conforme al estado de salud que presentaba fuera omitido; pues desde la fecha de su ingreso se había detectado un estado de desnutrición aguda, sin que este padecimiento fuera tratado correctamente.

Asimismo, esta Defensoría de Habitantes estimó importante señalar que la atención médica integral que se brinda a los pacientes, inicia desde el momento en que ingresa en una unidad de salud o institución hospitalaria; y que la responsabilidad para el acceso a servicios de calidad, así como el desarrollo oportuno y diligente respecto a actos médicos tales como la adecuada valoración física y mental, el diagnóstico preciso de los síntomas, la determinación y establecimiento de tratamiento acordes a su padecimiento, afección o situación de necesidad, la valoración respecto a la recuperación; corresponden al personal médico y de enfermería, pues son ellos, los sujetos que intervienen en la relación con el paciente en cada fase que constituye el acto médico.

Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sostenido que el acto médico no puede segmentarse, sino que solamente se divide en fases que contemplan un solo acto, por lo cual ha señalado lo siguiente:

ACTO MÉDICO. DISTINTAS ETAPAS O FASES QUE LO CONFORMAN PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA EXISTENCIA DE UNA POSIBLE MALA PRÁCTICA MÉDICA.

El acto médico se divide en distintas etapas o fases. La fase diagnóstica, la fase terapéutica y la fase recuperatoria. Sin embargo, cada una de estas fases constituye la totalidad del acto médico. Por

tanto, para determinar la existencia de mala práctica médica, el acto médico no debe ser analizado de manera separada, sino que debe hacerse de manera conjunta, pues cada una de las fases que lo componen se encuentran estrechamente vinculadas. **Así las cosas, segmentar el acto médico sin tomar en consideración todas las etapas que forman el acto médico, como un conjunto inseparable para la determinación en un caso concreto sobre la existencia de mala práctica médica, sería incongruente e ilógico, pues las fases siguen una secuencia en el tiempo.**²⁹

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

La Observación General N° 14: *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* relativa al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; señala que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales y que a su vez se encuentran interrelacionados:

A) DISPONIBILIDAD

Comprende la obligación para los Estados de contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de centros de atención y programas para la salud; indicando que esa disponibilidad dependerá de factores tales como el nivel de desarrollo del Estado y que deberán incluir servicios determinantes básicos de salud como acceso a agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos.

B) CALIDAD

Concepto que se vincula con el deber de los Estados y las autoridades competentes, para que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean

²⁹ SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (SCJN). Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tesis: 1a. XXIV/2013 (10a.) Décima Época, Tesis Aislada (Civil). Primera Sala. Libro XVI, Tomo 1, Enero de 2013, p. 621.

apropiados desde el punto de vista científico y médico, por lo que requieren ser de buena calidad. Esto implica, entre otras cosas, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas.

Así, en el caso que nos ocupó, y conforme a la manifestación realizada por el médico pediatra **SPR3** adscrito al Hospital para el Niño dependiente del Instituto Materno Infantil del Estado de México, en la que señaló que la imposibilidad de transferir a **V1** del servicio de urgencias al servicio de terapia intensiva, se debió a que en ese momento se encontraba saturado, continuando así su estancia en el servicio de urgencias; esta Defensoría de Habitantes observó una falta respecto a los factores esenciales para la prestación en el servicio de salud, en específico de la disponibilidad y calidad de los mismos; por lo que es deseable que la autoridad responsable supervise de manera correcta la correspondencia entre los elementos materiales y de prestación de servicios profesionales, con el fin de garantizar que se brinde una atención médica integral.

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 de **V1**, se acreditó una vulneración a su derecho a recibir una atención médica integral, acciones y omisiones que influyeron en el deterioro progresivo de la salud del paciente; por lo que estimó pertinente solicitar al Instituto Materno Infantil del Estado de México implementara las siguientes:

IV. MEDIDAS DE REPARACIÓN

Conforme a lo dispuesto en los artículos 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con los numerales 1, 5, 7, 26, 27, 62 fracción I, 73 fracción 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

La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que entre los daños que puede sufrir una persona, en específico, la(s) víctima(s) de violaciones a derechos humanos, se encuentra el daño moral o inmaterial, entendiéndose así aquellos sufrimientos y aflicciones, el menoscabo de valores muy significativos, alteraciones de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o de su familia.³⁰

Al respecto de este punto, debe precisarse que la atención psicológica especializada que deberá otorgarse a **Q** y **V2**, debido al daño inmaterial sufrido como consecuencia de la falta de atención médica y el posterior deceso de **V1**; hasta en tanto se determine su alta, se consideró en el punto primero de la **Recomendación 8/2017** emitida a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México; por lo que en coordinación interinstitucional, y como acción transversal que deberá implementarse de inmediato, se exhorta al Instituto Materno Infantil del Estado de México para que realice las acciones tendentes a brindar la atención psicológica adecuada a **Q** y **V2**, previamente documentado su consentimiento.

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

³⁰ 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*. Consultado el veintiuno de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R22050.pdf>.

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 Materno Infantil del Estado de México, instancia que integra el expediente número CI/IMIEM/IP/03/2016, quien determine, en un plazo razonable y prudente, la responsabilidad administrativa en que pudieron haber incurrido **SPR3** y **SPR4**; acciones que deben hacerse 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 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 la Norma Oficial Mexicana *NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*, así como de las guías de práctica clínica: *Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 18 años en el primer y segundo nivel de atención* y *Diagnóstico y tratamiento de sepsis y choque séptico en pacientes de 1 mes a 18 años de edad*. Documentos que son base de los razonamientos esgrimidos en esta Recomendación, con la finalidad de evitar que el acto médico vulnere el respeto a la dignidad y los derechos fundamentales del paciente, previniendo así que hechos como los aquí descritos vuelvan a repetirse.

En consecuencia, dichas circulares deberán tener 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 necesarias tendentes a fortalecer 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 Materno Infantil del Estado de México; de acuerdo a lo razonado en el punto **III apartado A** de esta Recomendación. Lo que hará del conocimiento a este Organismo.

C.2 CAPACITACIÓN EN DERECHOS HUMANOS

Por otra parte, con un enfoque de prevención y para que el personal médico pueda conducir su actuar privilegiando el respeto por los derechos humanos y desarrollando sus funciones en apego a los principios de protección a la salud de los pacientes; la autoridad responsable deberá presentar a esta Comisión Estatal un programa de cursos de capacitación y actualización en materia de derechos humanos que contemple la revisión del marco jurídico nacional, convencional y local, específicamente el relativo a la protección de la salud, así como sobre la atención a grupos en situación de vulnerabilidad, entre los que se encuentran las niñas y los niños; a fin de evitar situaciones como las que se describen en la presente Recomendación.

Así, para considerar el cumplimiento de la medida de reparación; el programa que se remita a este Organismo se destinará al personal médico del servicio de urgencias del Hospital para el Niño en Toluca, debiendo 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.3 DISPONIBILIDAD Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Con la finalidad de garantizar el respeto al derecho humano a la protección de la salud y en específico, a recibir una atención médica integral; previniendo omisiones como las aquí descritas; la autoridad recomendada deberá tomar en cuenta lo dispuesto en el punto **III apartado B** de esta Recomendación, y bajo la

supervisión de quien corresponda, se ocupe de que exista personal suficiente en número y al mismo tiempo capacitado para atender el servicio de urgencias del Hospital para el Niño en Toluca; considerando la ampliación y habilitación conforme a las normas especializadas de la infraestructura médica disponible, evitando así que otros servicios que se consideran indispensables tales como el relativo a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, con el fin de que se puedan ejecutar los diversos actos médicos sin que existan obstáculos como la saturación y que no permitan la posibilidad de brindar la atención médica que se requiera. De igual manera, deberá vigilar 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 quien corresponda y 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 al daño inmaterial del que fueron víctimas **Q** y **V2**, como consecuencia de las deficiencias advertidas en la atención médica y posterior deceso de **V1**; en coadyuvancia con la atención psicológica especializada que deberá otorgárseles en relación con el punto primero de la **Recomendación 8/2017** emitida a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México y de la cual se adjunta copia certificada;³¹ ese Instituto Materno Infantil del Estado de México deberá coordinar acciones con el Instituto de Salud de la entidad, que permitan el adecuado seguimiento y atención de **Q** y **V2**. Punto recomendatorio que deberá llevarse a cabo de forma inmediata y del que se documentará a este Organismo acerca de su cumplimiento.

³¹ Emitida a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México, el treinta de marzo de dos mil diecisiete por violación al derecho a la protección de la salud y violación al derecho a recibir atención médica integral.

SEGUNDA. Como **medida de satisfacción**, esgrimida en el punto **IV apartado B.1** de esta resolución, referente a la aplicación de sanciones administrativas; bajo el criterio de protección y defensa de los derechos humanos, remita al órgano de control interno del Instituto Materno Infantil del Estado de México, la copia certificada de esta Recomendación que se anexó, para que se integre al expediente CI/MIEM/IP/03/2016; para que sus elementos puedan ser considerados al determinar la probable responsabilidad administrativa de **SPR3** y **SPR4**, servidores públicos involucrados en el presente caso.

TERCERA. Como **medida de no repetición**, señalada en el punto **IV apartado C.1** de esta Recomendación, la autoridad responsable ordenará que, bajo la supervisión de quien corresponda; se implemente(n) la(s) circular(es) con que se instruya(n) la observancia de la Norma Oficial Mexicana *NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*, así como de las guías de práctica clínica: *Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 18 años en el primer y segundo nivel de atención*, y la relativa al *Diagnóstico y tratamiento de sepsis y choque séptico en pacientes de 1 mes a 18 años de edad*. Para lo cual deben remitirse a este Organismo los respectivos acuses de recibido de la circular en los centros de salud y nosocomios que forman parte del Instituto.

CUARTA. Como **medida de no repetición**, según lo dispuesto en el punto **IV apartado C.2**, y con el objeto de privilegiar el respeto a los derechos humanos, desarrollando una actuación conforme a los principios de protección del derecho a la salud de los pacientes; la autoridad recomendada bajo la supervisión de quien corresponda, deberá presentar a esta Comisión un programa de cursos en materia de respeto al derecho a la protección de la salud, así como la atención médica integral a grupos en situación de vulnerabilidad; que contemple la revisión del marco jurídico nacional, convencional y local, el cual se dirigirá al personal médico del servicio de urgencias del Hospital para el Niño en Toluca, debiendo contener el nombre de los cursos, a qué personal específico irá dirigido, el objetivo que se pretende alcanzar, la duración en horas, el temario y los objetivos específicos; la cantidad de participantes, el registro de asistencia, en su caso la evaluación

pertinente y resultados obtenidos. En consecuencia, se deberán enviar a esta Defensoría de Habitantes las constancias y soportes que acrediten el cumplimiento de este punto.

QUINTA. Como **medida de no repetición**, estipulada en el punto **IV apartado C.3** de esta resolución, la autoridad recomendada se ocupará de que exista personal suficiente en número y capacitado, ponderando además la posibilidad de extender la capacidad del servicio de urgencias y de la unidad de cuidados intensivos pediátricos, conforme a las normas especializadas de la infraestructura médica disponible, a fin de evitar violaciones a derechos humanos como las descritas en la presente Recomendación. De igual manera, deberá vigilar 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. Hecho lo cual se remitirán a esta Comisión Estatal las constancias que así lo acrediten.