

RECOMENDACIÓN No. 1/2019

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA, AL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN AGRAVIO DE V1 Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V2 Y V3, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 19 EN NAYARIT Y EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 42 EN PUERTO VALLARTA, JALISCO, AMBOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, ASÍ COMO AL DERECHO DE ACCESO A LA JUSTICIA EN AGRAVIO DE V2 Y V3.

Ciudad de México, a 31 de enero de 2019

**LIC. GERMÁN MARTÍNEZ CÁZARES
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

**MTRO. ENRIQUE ALFARO RAMÍREZ
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE JALISCO.**

Distinguido Director General y distinguido señor Gobernador:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3, primer párrafo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y

136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2015/6555/Q**, sobre la queja de V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno, 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad responsable

3. En la presente Recomendación, la referencia con diversos acrónimos o abreviaturas es para facilitar la lectura y evitar la constante repetición de las instancias o normatividad, las que podrán identificarse como sigue:

Institución	Acrónimo
Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS
Unidad de Medicina Familiar 19 del IMSS en Nayarit.	Unidad de Medicina Familiar 19

Institución	Acrónimo
Hospital General de Zona 42 del IMSS en Puerto Vallarta, Jalisco	Hospital General de Zona 42
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "Del Expediente Clínico".	NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico"
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CrIDH
Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco	Comisión Estatal
Fiscalía del Estado de Jalisco	Fiscalía Estatal

I. HECHOS.

4. El 6 de abril de 2015, sin que se precise hora, V1 **Edad**, se introdujo un cuerpo extraño en la boca¹, el cual tragó accidentalmente, por lo cual **Parentesco** lo trasladó al Centro de Salud de Nayarit, pero al no haber mejoría, V2 lo llevó a la Unidad de Medicina Familiar 19 de Mezcales Nayarit, donde aumentó su disnea (dificultad en la respiración), por lo cual AR1 lo envió en ambulancia al Hospital General de Zona 42, de Puerto Vallarta, Jalisco.

5. V1 ingresó al servicio de urgencias pediátricas del Hospital General de Zona 42, a las **narración hechos** horas del 7 de abril de 2015, donde se le diagnosticó con

¹ La Guía de Práctica Clínica de Extracción de Cuerpos Extraños de la Vía Aérea en Niños de 2 a 12 años en el Tercer Nivel de Atención del Consejo de Salubridad General, la define como "(...) cualquier elemento ajeno al cuerpo que entra a éste, (...) por cualquier orificio natural como (...) garganta, impidiendo su normal funcionamiento". Lo que, en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, constituye un accidente que se presenta habitualmente como un evento súbito en una persona sana con manifestación de dificultad respiratoria severa que puede conducir a la muerte (numeral 3.3.).

obstrucción de vías respiratorias secundaria a ingesta de cuerpo extraño, y ante su inminente deterioro respiratorio, AR2 ordenó su inmediato ingreso a quirófano.

6. AR2 realizó a V1 [REDACTED] y le colocó una [REDACTED] para mantener la vía aérea permeable), sin que se pudiera realizar su exploración con [REDACTED] (instrumento para explorar el interior de la vía respiratoria y pulmones) debido a que el aparato con que se contaba era de adulto, lo que ameritó su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos hasta en tanto fuera trasladado en ambulancia de alta tecnología al Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, Jalisco, para la extracción del cuerpo extraño.

7. Hasta las 11:00 horas de ese mismo día, AR2 solicitó a la Jefatura de Cirugía y a la Subdirección Médica, el traslado de V1 en ambulancia aérea dada su gravedad y riesgo de deterioro respiratorio.

8. Sin embargo, ese mismo día a las 13:35 horas, V1 presentó paro cardiorrespiratorio con datos clínicos de neumotórax izquierdo [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]), sin que respondiera a maniobras de reanimación avanzadas, por lo que se le declaró como fallecido a las narración hechos [REDACTED] horas del 7 de abril de 2015.

9. El presente caso se consideró como asunto médico legal, por lo que en la misma fecha, se dio aviso a la policía investigadora, quien con personal del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses se constituyeron en el referido hospital, previa comunicación de los hechos al agente del Ministerio Público para esa entidad, donde se les entregó el cuerpo de V1 -en presencia de V2 y V3- para la

necropsia de ley, en la cual se estableció que el objeto que había ingerido, era una pieza plástica con recubrimiento metalizado en forma de narración hechos y apuntó como causa de su deceso: anoxia encefálica (hipoxia severa) secundaria a asfixia por obstrucción interna de la vía aérea superior.

10. El 1º de junio de 2015, V2 formuló querrela ante AR5 en contra de quien o quienes resultaran responsables por hechos que pudieran ser constitutivos de delitos cometidos en agravio de V1.

11. El 4 de agosto de 2015, V2 presentó queja por comparecencia en la Comisión Estatal, en la que se inconformó con la atención médica proporcionada a V1 en el Hospital General de Zona 42, la cual se remitió el 7 de ese mismo mes y año a este Organismo Nacional en razón de competencia, por lo que se apertura el expediente CNDH/1/2015/6555/Q.

12. A fin de analizar probables violaciones a derechos humanos, se obtuvieron copias del expediente clínico del IMSS, así como informes de la Fiscalía Estatal, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

13. Certificado de defunción de 8 de abril de 2015, en el cual se asentaron las causas de la defunción de V1.

14. Oficio 56/2015 de 13 de abril de 2015, a través del cual AR5 solicitó al Hospital General de Zona 42, copias certificadas o en su caso, simples del expediente clínico de V1.

15. Resumen Médico de 14 de abril de 2015, a través del cual el Hospital General de Zona 42 informó los antecedentes, diagnóstico y tratamiento otorgado a V1.

16. “*Parte de autopsia*” de V1 de 14 de abril de 2015 (sic), elaborado por perito médico forense oficial adscrito al Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses.

17. “*Acta por comparecencia*” de 31 de julio de 2015, a través de la cual V2 comunicó a la Comisión Estatal, las irregularidades en la atención médica de ■■■■■ V1 por personal del Hospital General de Zona 42, misma que se remitió a este Organismo Nacional por razón de competencia el 7 de agosto de ese mismo año, por lo que se inició el presente expediente de queja.

18. Acta Circunstanciada de 13 de agosto de 2015, a través de la cual este Organismo Nacional hizo constar la comunicación vía telefónica con V2, quien refirió que el motivo de su queja se debió a que a V1 no le pudieron extraer un objeto en forma de “*pedazo de narración hechos*” y todo el tiempo lo confundieron con una ■■■■■ narración hechos

19. Oficio IJCF/00424/2015/09CN/MLR de 15 de agosto de 2015, mediante el cual el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses remitió a AR5, la pericial de responsabilidad médica solicitada en la Carpeta de Investigación iniciada con motivo del fallecimiento de V1.

20. Oficio 095217614BB1/1678 de 27 de julio de 2016, a través del cual el IMSS remitió este Organismo Nacional lo siguiente:

20.1. Oficio 192416200200/DIR/312/2016 de 18 de julio de 2016, mediante el cual la Unidad de Medicina Familiar 19 indicó la atención médica brindada a V1 y anexó lo siguiente:

20.1.1. Hoja de registro de la Unidad de Medicina Familiar 19, en la que se señaló que a V1 se le brindó atención médica a las “3:10”.

20.1.2. Hoja de interconsulta a especialidad de la Unidad de Medicina Familiar 19, de 7 de abril de 2015, en la que AR1 determinó que se enviaría a V1 al Hospital General de Zona 42, para que se valorara su hospitalización.

20.2. Oficio 145001022151/DIR.103/2016 de 15 de julio de 2016, mediante el cual el Hospital General de Zona 42, refirió los antecedentes, diagnóstico y tratamiento de V1; indicó el nombre de los médicos involucrados en su atención; informó las medidas adoptadas para evitar casos similares y advirtió que entregó copia del expediente clínico a la Fiscalía Estatal.

21. Oficio 095217614BB1/1809 de 15 de agosto de 2016, mediante el cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, copia del expediente clínico integrado por los servicios médicos otorgados a V1 en el Hospital General de Zona 42, del que se destaca lo siguiente:

21.1. Nota de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos “UCI” de las 11:58

horas de 7 de abril de 2015, en la cual se indicó que V1 había ingerido un cuerpo extraño (narración hechos) que le producía obstrucción parcial de la vía aérea.

21.2. Nota de valoración de pediatría de 7 de abril de 2015, en la cual se requirió que a V1 se le realizara de urgencia una [REDACTED] ante la dificultad respiratoria que cursaba y se explicó a los familiares su gravedad.

21.3. Carta de consentimiento bajo información de 7 de abril de 2015, mediante la cual V2 autorizó la intervención quirúrgica urgente de V1.

21.4. Nota de urgencias de otorrinolaringología de 7 de abril de 2015, en la que AR2 reportó a V1 muy grave y explicó a V2 el alto riesgo de mortalidad. Se omitió matrícula y/o cédula profesional.

21.5. Nota preanestésica y carta de consentimiento bajo información para aplicación de la anestesia de 7 de abril de 2015, en las cuales AR4 explicó a V2 y a V3 los riesgos, complicaciones y beneficios de la traqueotomía que se realizaría a V1. Datos ilegibles en la nota preanestésica.

21.6. Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica de 7 de abril de 2015, en la que AR2 describió la técnica quirúrgica y los hallazgos de la cirugía realizada a V1.

21.7. Nota médica de gastroenterología de 7 de abril de 2015, en la que el especialista que atendió la interconsulta solicitada de manera verbal como urgente, diagnosticó a V1 con edema laríngeo (principal causa de muerte en

ausencia de una terapéutica adecuada), reportándolo grave con pronóstico reservado a evolución.

21.8. Nota postanestésica de 7 de abril de 2015, en la que AR4 indicó que V1 pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría en espera de su traslado a tercer nivel de atención médica con efectos de anestésicos.

21.9. Nota de valoración de pediatría de la Unidad de Cuidados Intensivos de 7 de abril de 2015, en la que AR3 indicó que solicitó de urgencia el traslado de V1 al tercer nivel de cirugía y neumología pediátrica para valoración.

21.10. Nota de valoración e indicaciones de otorrinolaringología de 7 de abril de 2015, en la que AR2 solicitó el traslado de V1 en ambulancia aérea a la brevedad, o en su caso, un broncoscopio pediátrico con cánula de trabajo y pinzas para retiro de cuerpo extraño.

21.11. Solicitud de subrogación de servicios de 7 de abril de 2015, en la que AR2 solicitó de urgencia una ambulancia de alta tecnología para que V1 fuera trasladado a la especialidad neumología pediátrica en el Centro Médico Nacional de Occidente.

21.12. Cédula de ambulancia subrogada de 7 de abril de 2015, en la cual se asentó como hora de llamada para la solicitud del servicio de traslado de V1 al Centro Médico Nacional de Occidente, las 11:10 horas.

21.13. Reporte de 7 de abril de 2015, en el cual personal de enfermería especialista intensivista (pacientes graves) indicó que a las 12:40 horas, V1 presentó súbitamente taquicardia y taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria), por lo que se le realizó lavado bronquial, detectándose obstrucción en traqueotomía, extrayéndole 2 coágulos.

21.14. Nota de evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos de las 13:35 horas de 7 de abril de 2015, en la que personal médico de dicho servicio indicó que debido a que V1 continuaba con disnea y desaturación (hipoxia) activó nuevamente el equipo de atención (otorrinolaringología, pediatría, urgencias pediatría y anestesiología).

21.15. Nota de evolución de otorrinolaringología de 7 de abril de 2015, en la que AR2 detalló las acciones realizadas a V1 antes de su fallecimiento.

21.16. Nota médica de 7 de abril de 2015, por la que el Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, declaró que V1 falleció a las narración hechos horas.

21.17. Nota de defunción de 7 de abril de 2015, en la que se asentó que V1 se encontraba en espera de ambulancia para su traslado a tercer nivel cuando presentó bradicardia progresiva y paro cardiaco (sic), encontrándose en el transcurso de la reanimación, neumotórax izquierdo, sin que respondiera a maniobras de reanimación.

21.18. Nota de Trabajo Social de 7 de abril de 2015, en la cual se indicó que a las 18:45 horas -en presencia de V2 y V3-, se entregó el cuerpo de V1 a los agentes de la policía investigadora.

21.19. Hoja de alta hospitalaria de 7 de abril de 2015, en la cual se asentó que V1 ingresó al Hospital General de Zona 42 debido a dificultad respiratoria por cuerpo extraño en vías respiratorias y egresó por defunción por insuficiencia respiratoria aguda con autopsia.

22. Acuerdo de 16 de agosto de 2017, mediante el cual la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS determinó procedente la Queja Administrativa presentada por V2, desde el punto de vista administrativo.

23. Oficio 095217614BB1/2987 de 10 de noviembre de 2017, a través del cual el IMSS remitió a este Organismo Nacional, el diverso 095217614BB0/1772, por el que se envió al Órgano Interno de Control en dicho Instituto, copia certificada de la Queja Administrativa con el Acuerdo de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS de 16 de agosto de 2017.

24. Opinión médica de 12 de octubre de 2018, en la que esta Comisión Nacional estableció las consideraciones técnicas en cuanto a la atención médica proporcionada a V1.

25. Oficio 99/2019 de 14 de enero de 2019, mediante el cual la Fiscalía Estatal, anexó el diverso 190/2018, mediante el cual la Fiscalía de Delitos Varios Dos informó el estado procesal de la Carpeta de Investigación, de entre lo que se destaca lo siguiente:

25.1. Diligencias realizadas por la policía investigadora el 7 de abril de 2015:

25.1.1. A las 17:48 horas, realizó el registro de los hechos.

25.1.2. A las 18:00 horas, se registró la inspección del “*lugar de los hechos*”.

25.1.3. A las 18:10 horas, se realizó el registro de planimetría del área de identificación y refrigeración del Hospital General de Zona 42.

25.1.4. A las 18:20 horas, fue entrevistada V2, **Parentesco** V1, quien en relación a los hechos narró que al parecer **Parentesco** se había tragado una **narración hechos** y por su gravedad fue trasladado al Hospital General de Zona 42, donde alrededor de las 11:30 horas del 7 de abril de 2015, personal de trabajo social, le informó que **Parentesco** había fallecido.

25.1.5. A las 18:35 horas, entrevistaron a la trabajadora social del Hospital General de Zona 42, quien entregó el parte médico de lesiones de V1.

25.1.6. A las 18:40 horas, entrevistaron a V3, **Parentesco** V1, quien refirió que **Parentesco** le avisó que V1 se había pasado una **narración hechos** y cuando llegó a su domicilio, V1 tenía dificultad para respirar y refería

dolor en el pecho, por lo cual lo trasladó a la Unidad de Medicina Familiar 19 y por su gravedad lo remitieron al Hospital General de Zona 42, pero la narración hechos nunca apareció.

25.1.7. A las 18:50 horas, se registró la secuencia fotográfica del “*lugar de los hechos*”.

25.1.8. A las 19:00 horas se realizó registro de levantamiento de cadáver de V1.

25.1.9. A las 19:15 horas se registró la secuencia fotográfica del levantamiento de cadáver.

25.1.10. Recibió la nota de ingreso de V1 elaborada por el IMSS, así como el parte médico de lesiones, en el cual se indicó que las lesiones que presentó ponen en peligro la vida y tardan en sanar menos de 15 días.

25.2. El agente del “*Ministerio Público Especial para Detenidos*”, realizó el acta de lectura de derechos a V2, a las 21:40 horas del 7 de abril de 2015.

25.3. Oficio IJCF/00087/2015/09CN/MF/03303 de 14 de abril del año 2015, a través del cual un perito médico oficial del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, remitió el resultado de “*parte de cadáver*” a AR5, en el cual concluyó que la muerte de quien en vida llevará el nombre de V1, se debió a las alteraciones en el órgano pulmonar y sistema circulatorio a

forma de “*anoxia encefálica*” secundaria por obstrucción interna de la vía aérea superior, causa directa de la muerte.

25.4. Registro de cadena de custodia de una “*pieza de* narración hechos *de material plástico*” obtenida en el proceso de necropsia de la vía aérea superior (tráquea) de V1.

25.5. Oficio 106/2015 de 24 de abril de 2015, mediante el cual AR5 solicitó a la policía investigadora entrevistara a las personas que intervinieron en la atención médica de V1, así como al ██████████ del Hospital General de Zona 42.

25.6. AR5 recabó copias del expediente clínico de V1 expedidas por el Hospital General de Zona 42.

25.7. El 1º de junio de 2015, V2 formuló querrela en contra de quien o quienes resultaran responsables por hechos que pudieran ser constitutivos de delitos cometidos en agravio de V1.

25.8. Oficio IJCF/00424/2015/09CN/ML/13 de 15 de agosto de 2015, a través del cual el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses remitió a AR5, el dictamen de responsabilidad médica mediante en el cual se concluyó que revisado el expediente y las declaraciones, no hubo mala praxis ni negligencia en atención que recibió V1.

25.9. El 1º de septiembre de 2015, se notificó a V2 el resultado del dictamen de responsabilidad médica elaborado por el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses.

25.10. El 18 de septiembre de 2015, AR5 emitió la constancia del “*no ejercicio de la acción penal*” por haber considerado que los hechos relatados en la denuncia de V2 y los datos suministrados, no establecieron hechos constitutivos de delito, por lo cual ejerció la facultad de abstenerse de investigar, determinación que notificó a V2 en la misma fecha.

26. Acta Circunstanciada de 17 de enero de 2019, mediante el cual este Organismo Nacional, hizo constar la recepción vía correo electrónico de las acciones realizadas por el IMSS en cumplimiento a lo ordenado en el Acuerdo de 16 de agosto de 2017, emitido por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente, de entre lo que se destaca lo siguiente:

26.1. Oficio 145001022151/CCEIS/48/2018 de 4 de marzo de 2018, a través del cual el Hospital General de Zona 42 remitió la relación de asistencia del personal médico que participó en el curso y plática de “*Derechos Humanos en la Salud*” y “*Derechos Humanos en la Atención Médica*”, impartidos el 23 de agosto y 2 de noviembre de 2017.

27. Acta Circunstanciada de 21 de enero de 2019, mediante el cual este Organismo Nacional, hizo constar la recepción vía correo electrónico del oficio 00641/30.102/Q-520/2018 de 6 de marzo de 2018, en el cual el IMSS, determinó lo siguiente:

27.1. No cuenta con elementos suficientes para continuar con la investigación, toda vez que de los informes institucionales y opiniones médicas, se concluyó que el personal médico que atendió a V1, no tuvo responsabilidad.

27.2. El no contar con los recursos materiales necesarios (broncoscopio pediátrico) para resolver la emergencia respiratoria de V1, como la dilación en el traslado a un tercer nivel por no contar con ambulancia de alta tecnología, la responsabilidad es objetiva institucional.

27.3. Se consideró procedente con enfoque a la mejora, emitir oficio de recomendación a la dirección del Hospital General de Zona 42 para que realice las acciones pertinentes para cuando no disponga de los especialistas, y de los medios de diagnósticos o terapéuticos necesarios, proceda al traslado de los pacientes de conformidad con el esquema de regionalización de los servicios de atención médica determinados por el área médica o la Unidad Médica de Alta Especialidad, previa verificación de la vigencia de derechos.

28. Acta Circunstanciada de 22 de enero de 2019, mediante el cual este Organismo Nacional hizo constar la recepción vía correo electrónico del oficio 212/2018, a través del cual la Fiscalía Estatal informó el estado procesal de la Carpeta de Investigación.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

29. El 15 de agosto de 2015, el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses le remitió a AR5, la pericial de responsabilidad médica derivada de la Carpeta de Investigación, en la cual se concluyó que no hubo mala praxis ni negligencia por parte del personal médico que atendió a V1.

30. El 18 de septiembre de 2015, AR5 determinó el no ejercicio de la acción penal en la Carpeta de Investigación debido a que los hechos relatados en la denuncia de V2 y los datos suministrados, no establecieron hechos constitutivos de delito, por lo cual ejerció la facultad de abstenerse de investigar, con la advertencia de que la investigación ministerial no se inició en contra de persona determinada.

31. El 16 de agosto de 2017, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS determinó en el apartado de consideraciones médicas de la Queja Administrativa, lo siguiente:

31.1. Existió diferimiento de más de 7 horas entre la ingesta inadvertida del cuerpo extraño y la presentación de V1 a *“nuestros servicios”*.

31.2. Situación que provocó un evento hipóxico prolongado que ocasionó el edema cerebral -documentado en la autopsia- y que fue lo que ocasionó el desenlace.

31.3. El deterioro respiratorio no es explicable por el cuerpo extraño porque la vía aérea se encontraba permeable y la autopsia encontró el cuerpo extraño posicionado a nivel superior, por lo que dicho deterioro se explica por el neumotórax a tensión izquierdo el cual *“fue resuelto adecuadamente”*.

32. En atención a lo señalado, el mismo 16 de agosto de 2017, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS, declaró procedente la Queja Administrativa en los siguientes términos:

“PRIMERO. La queja es PROCEDENTE desde el punto de vista administrativo.

SEGUNDO. En el oficio (...) de 8 de febrero de 2017, se informó al jefe de Servicios Jurídicos en la Delegación Jalisco de la existencia de la queja para que considere la realización de la investigación laboral.

TERCERO. El titular de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública deberá comunicar al Órgano Interno de Control el presente Acuerdo.

CUARTO. El titular de la Delegación Estatal en Jalisco deberá implementar un programa de capacitación en materia de derechos humanos con énfasis en el trato humanizado hacia los servicios de urgencias pediátricas, para el personal adscrito al [Hospital General de Zona 42].

QUINTO. (...).

SEXTO. La notificación de los puntos contenidos (...), serán por conducto de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública.”

33. El 6 de marzo de 2018, el Órgano Interno de Control en el IMSS, determinó la conclusión de la investigación de los hechos contenidos en la Queja Administrativa, debido a que en los informes institucionales y las opiniones médicas, se concluyó que el personal médico que atendió a V1, no tuvo responsabilidad.

34. En el caso particular, indicó que la responsabilidad era objetiva institucional, al no haber contado con los recursos materiales (broncoscopio pediátrico) para resolver la emergencia respiratoria de V1 y la dilación en su traslado a un tercer nivel por no contar con ambulancia de alta tecnología, lo que amerito la remisión de un oficio al Hospital General de Zona 42, para que cuando no se disponga de especialistas, medios de diagnósticos o terapéuticos, proceda al traslado de los pacientes, previa verificación de la vigencia de derechos.

IV. OBSERVACIONES.

35. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2015/6555/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con enfoque de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y de la CrIDH, se contó con evidencias que acreditan las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a personal médico de la Unidad de Medicina Familiar 19 y del Hospital General de Zona 42, en agravio de V1, V2 y V3, y al personal de la Agencia de Delitos Varios Dos de la Fiscalía Estatal en agravio de V2 y V3:

35.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1.

35.2. Violación al derecho humano a la vida en agravio de V1.

35.3. Violación al principio de interés superior de la niñez.

35.4. Violación al derecho humano de acceso a la información en materia de salud en agravio de V2 y V3.

35.5. Violación al derecho de acceso a la justicia en su modalidad de procuración en agravio de V2 y V3.

36. Lo anterior en razón a las consideraciones expuestas en el presente apartado:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

37. El artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Federal reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

38. La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en los artículos 13 fracción IX y 50, fracciones I y II, igualmente contempla que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica de calidad de conformidad con la legislación aplicable para prevenir, proteger y restaurar su salud.

39. Es atinente la jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y*

científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).²

40. Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General 15, “sobre el derecho a la protección de la salud”, en la que se aseveró que “(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”.³

41. El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que “(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”.

42. El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...) a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

² Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

³ CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.

43. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, establece que los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, por lo que deben adoptar medidas que aseguren la plena efectividad como aquellas relacionadas con “a) *La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños (...)*”.

44. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como “(...) *un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)*”.⁴

45. El párrafo 7 de la Observación General No. 15⁵ del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas sobre el “*derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*”, establece que “(...) *El derecho del niño a la salud no solo es importante en sí mismo; [su] realización (...) es indispensable para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención*

⁴ “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, aprobada por la Asamblea General de la ONU.

⁵ “*Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*”, aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 17 de abril de 2013.

(...)", a su vez, en el párrafo 25, indica que "(...) *Los niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad (...)*".

46. En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("*Protocolo de San Salvador*"), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

47. La CrIDH en el "*Caso Vera Vera y otra vs Ecuador*"⁶ estableció que "(...) *los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)*".

48. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advirtió que el personal médico de la Unidad de Medicina Familiar 19 y del Hospital General de Zona 42, dejó de considerar su calidad de garantes en la atención médica de V1, conferida por las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el párrafo primero del artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, lo que se tradujo en la evidente violación a su derecho humano a la protección de la salud y su consecuente pérdida de la vida, como se acreditará en adelante.

⁶ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 por inadecuada atención médica.

49. Enseguida se analizarán las violaciones al derecho humano a la protección de la salud de V1 imputables a AR1, AR2 y AR3.

❖ Atención médica de V1 en la Unidad de Medicina Familiar 19.

50. El 7 de abril de 2015, V2 acudió con **Parentesco** V1, de **Edad** , a la Unidad Médico Familiar 19, donde fue atendido por AR1, a quien le informó que a las **narración hechos** horas del día previo, esto es, del 6 de ese mismo mes y año, había iniciado su padecimiento por haber ingerido al parecer una **narración hechos** siendo previamente atendido en el “*Centro de Salud del Estado*”, sin que mostrara mejoría.

51. AR1 reportó a la exploración física a V1, con ruidos cardiacos aumentados en frecuencia y campos pulmonares con sibilancias (como silbidos) y estertores (ruidos), por lo que lo manejó a base de nebulizaciones con broncodilatadores, lo cual le generó discreta mejoría, sin embargo, presentó incremento de la dificultad respiratoria con disnea y retracción xifoidea (hundimiento de la punta del esternón que refleja dificultad respiratoria), por lo que solicitó su traslado urgente al Hospital General de Zona 42, previa toma de radiografía.

52. Datos que fueron acordes a los contenidos en el informe de 18 de julio de 2016, de la Unidad de Medicina Familiar 19, con motivo de la atención médica brindada a V1.

53. De la queja presentada por V2 ante este Organismo Nacional, se advirtió que únicamente se inconformó con la atención médica brindada **Parentesco** en el Hospital General de Zona 42, no obstante, el personal médico de este Organismo Nacional, advirtió que el manejo médico que AR1 dio a V1, igualmente fue inadecuado en razón de lo siguiente:

53.1. No debió haberle indicado nebulizaciones porque su diagnóstico de obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño, requería la extracción urgente de dicho cuerpo, por tanto, debió enviarlo de inmediato al segundo nivel de atención médica y no horas más tarde, debido a que de la nota de pediatría del Hospital General de Zona 42, se advirtió que fue atendido a las **narración hechos** horas.

53.2. V1 ingresó a la Unidad de Medicina Familiar a las 03:10 horas y si AR1 hubiese ordenado su traslado de inmediato, habría llegado al Hospital General de Zona 42 a más tardar a las 04:30 horas, debido a que el trayecto entre ambos nosocomios es de aproximadamente una hora.

53.3. Contrario a ello, V2 indicó que **Parentesco** V1, fue valorado en este último nosocomio, a las **narración hechos** horas, lo que se constató con la nota de pediatría realizada por el personal médico que lo recibió.

54. Por tanto, AR1 incumplió en el desempeño de su ejercicio profesional, con los artículos 48 y 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y del referido artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, que en términos generales aluden a la responsabilidad del personal médico en la atención de sus pacientes y

el derecho de éstos a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, así como a recibir atención profesional y éticamente responsable, pues en el caso particular se estaba en presencia de una urgencia ante el incremento de la dificultad respiratoria que presentaba V1, lo que hacía indispensable la extracción urgente del objeto ingerido debido a que estaba en riesgo su vida.

❖ Atención médica de V1 en el Hospital General de Zona 42.

55. V1 fue atendido a las narración hechos horas del 7 de abril de 2015 por personal médico del área de Pediatría del Hospital General de Zona 42, quien indicó en la respectiva nota médica, que había ingresado por dificultad respiratoria, por lo cual interrogó sus antecedentes con V2.

56. A la exploración física el personal médico especialista encontró a V1 consiente, inquieto, pupilas isocóricas (mismo tamaño), normorreflécticas, sin que se observara en cavidad oral algún cuerpo extraño, polipneico (respiración rápida), esto es, 30 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno al 96%, con estridor (ruidos), campos pulmonares hipoventilados (respiración lenta) con tiraje intercostal (problema respiratorio considerado como emergencia), retracción xifoidea (hundimiento de la punta del esternón que refleja dificultad respiratoria), precordio taquicárdico (130 latidos por minuto), sin soplos, abdomen y extremidades sin alteraciones, diagnosticándolo con obstrucción de vías respiratorias secundaria a ingesta de cuerpo narración hechos

57. Debido a la dificultad respiratoria que cursaba, dicho médico especialista indicó que V1 requería la realización de urgencia de una broncoscopía para la extracción de la narración hechos inclusive preparó equipo para intubación ante riesgo

elevado de deterioro respiratorio y solicitó interconsulta con el servicio de otorrinolaringología.

58. Lo cual en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, fue adecuado debido a que la broncoscopia urgente es considerada el tratamiento de elección para extracción de cuerpos extraños y ante la necesidad de que V1 requiriera intubación, el médico especialista indicó la preparación del material correspondiente.

59. A las 07:30 horas del 7 de abril de 2015, AR2 del servicio de otorrinolaringología, interrogó a V2 sobre los antecedentes de V1, a quien advirtió monitorizado con evidente dificultad respiratoria caracterizada por tiraje intercostal, disnea, uso de músculos accesorios de la respiración, sin tos, ni disfagia (complicación o impedimento de tragar), hablando, con saturación de oxígeno entre 40 y 60% a pesar del uso de mascarilla simple.

60. A la auscultación de campos pulmonares, V1 presentó hipoventilación severa (respiración lenta que no satisface las necesidades del cuerpo), sin sibilancias ni estertores, con franca insuficiencia, por lo que AR2 notificó de inmediato a la Jefatura de Cirugía para que lo pasara a quirófano, preparó nasolaringoscopia flexible y charola de traqueotomía e indicó que su radiografía de tórax, no evidenciaba la presencia de algún cuerpo extraño.

61. Previa firma de carta de consentimiento informado y autorización de la cirugía, AR2 indicó su plan terapéutico y requirió que para el caso de descenso en la saturación, se intubara a V1 orotraquealmente y se le colocara ventilación mecánica invasiva, ordenó estudios de laboratorio e interconsulta urgente con

terapia intensiva pediátrica, neumología para broncoscopia, gastroenterología, “carro rojo” de paro e interconsulta con anestesiología, mientras le explicó a V2 el alto riesgo de mortalidad.

62. En opinión del personal médico de esta Comisión Nacional, aunque AR2 indicó la vigilancia estricta de V1 y una traqueotomía para tratarle la insuficiencia respiratoria que cursaba, no consideró que el tratamiento de elección por ingesta de cuerpo extraño, era una broncoscopia como lo advirtió el personal médico pediatra que lo atendió en urgencias, por lo cual debió haber gestionado su inmediato traslado al tercer nivel de atención, debido a que en dicha unidad hospitalaria no contaban con el equipo necesario para su realización como se acreditará enseguida.

63. Con motivo de la solicitud de AR2, a las 07:50 horas del 7 de abril de 2015, AR4 recibió a V1 en la sala de quirófano acompañado de V3, encontrándolo con apoyo de oxígeno por mascarilla facial y datos de dificultad respiratoria (cianosis distal en dedos de las manos, cianosis peribucal, retracción xifoidea -parte inferior del esternón- y tiraje intercostal), por lo que previa explicación de riesgos y complicaciones del procedimiento anestésico, V3 firmó la carta de consentimiento informado correspondiente.

64. A las 08:25 horas del mismo día, AR2 le realizó a V1 traqueotomía bajo sedación, procedimiento que se llevó a cabo sin incidentes ni accidentes y en el cual se advirtieron los siguientes hallazgos:

“(...) el paciente llegó a quirófano con SAR de 50 la cual baja hasta 19% y CO2 de 99 con retención de CO2, al incidir la tráquea se

siente probable cuerpo extraño por arriba de la incisión, se asegura la vía aérea y se aspira mínimo sangrado. Se satura con Nylon 40 comisura superior e inferior”.

65. AR2 asentó en el rubro de observaciones y complicaciones, que posterior a la introducción de cánula de traqueotomía, V1 tuvo apoyo ventilatorio adecuado, ventilando ambos campos pulmonares adecuadamente sin estertores ni obstrucción por debajo de la traqueotomía, sin embargo, cuando se intentó *“introducir broncoscopio y gastroscopio por gastroenterólogo de adulto estando toda la vía aérea superior edematizada, epiglotis, aritenoides (cartílagos de la laringe) y bandas muy hiperémicas [rojizas] y edematizadas, sin ser posible la introducción de los mismos por ser equipo de adulto, y no tener equipo en la unidad para extracción de cuerpo extraño pediátrico”.*

66. AR2 solicitó un broncoscopio pediátrico y pinzas (ilegible) para retiro de cuerpo extraño y notificó a la subdirección que se requería envío de V1 de urgencias a neumopediatría y su pase a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

67. En la opinión médica de este Organismo Nacional, se resaltó que aun cuando AR2 con la realización de la traqueotomía, le brindó a V1 transitoria y leve mejoría, no resolvió su problema obstructivo, al no haberle realizado la extracción del cuerpo extraño que ingirió por no contar con equipo médico pediátrico para la broncoscopia, al ser éste estudio el idóneo para extracción de objetos en la vía aérea y aun cuando haya asentado en su nota médica que estaba en espera de su traslado al Centro Médico Nacional de Occidente, de las evidencias con que

se cuenta, se advirtió que fue hasta las 11:10 horas cuando elaboró la solicitud de servicio subrogado de ambulancia para dicho fin.

68. En conexión con lo anterior, el médico especialista en gastroenterología que atendió la interconsulta de V1 solicitada de manera verbal como urgente indicó que introdujo endoscopio con avance gentil y bajo visión directa a boca y faringe, sin que encontrara algún cuerpo extraño en dichos órganos, diagnosticándolo con edema laríngeo, reportándolo como grave con pronóstico reservado a evolución.

69. AR4 reportó a V1 con signos vitales intermedios de saturación de oxígeno 99%, 86 latidos por minuto, tensión arterial 86/54 mmHg., auscultando campos pulmonares nuevamente ventilados y limpios, y agregó: *“(...) por su estado grave aún con presencia de cuerpo extraño pasa a [Unidad de Cuidados Intensivos] pediatría estable (...) para espera de traslado a tercer nivel con efectos de anestésicos, (...). Se conecta a máquina ventilatoria y se monitoriza”*.

70. Tal situación, en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, aunque no resolvería la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño, mantendría la ventilación y oxigenación de V1 mientras era trasladado al Centro Médico Nacional de Occidente.

71. En la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría, AR3 revisó a V1 con diagnóstico de cuerpo extraño en vía aérea, encontrándolo bajo sedación, con traqueotomía, saturación de oxígeno de 99% con soporte ventilatorio convencional, frecuencia respiratoria 26 por minuto, afebril, con ventilador, pupilas reactivas, movimientos respiratorios simétricos con adecuada ventilación, rudeza respiratoria secundaria a flujo ventilador, sin datos clínicos de fuga aérea (escape

de aire del “árbol” traqueobronquial hacia localizaciones donde normalmente no está presente), abdomen blando depresible sin megalias y a la palpación con globo vesical, así como extremidades íntegras con tono muscular respetado.

72. Debido a que la gasometría evidenció la presencia de hiperoxemia, esto es, aumento de oxígeno en la sangre, AR3 le modificó a V1, los parámetros del ventilador y solicitó su traslado urgente a tercer nivel de atención para que fuera valorado en las especialidades de cirugía y neumología pediátricas, indicó plan terapéutico y requirió estudios de laboratorio de control.

73. En ese sentido, el personal médico de este Organismo Nacional consideró que hasta este momento AR3 había realizado un manejo médico adecuado, al haber ordenado que V1 fuera monitoreado continuamente, bajo estricta vigilancia de la función respiratoria y con profilaxis antitrombótica y antibiótica hasta en tanto fuera trasladado al tercer nivel de atención.

74. AR2 acudió a valorar a V1 a las 11:00 horas del 7 de abril de 2015 y advirtió que en su radiografía se visualizaron los campos pulmonares bien ventilados, expandidos y con cánula posicionada en tráquea, siendo hasta ese momento cuando de las evidencias con que se cuenta, se advirtió que requirió el formato de referencia urgente de V1, al Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional de Occidente, a fin de que fuera valorado por las especialidades de neumología y cirugía pediátricas con broncoscopio pediátrico y se le extrajera el cuerpo extraño que ingirió por el alto riesgo de perforación y formación de fístula traqueoesofágica (comunicación anormal entre la tráquea y el esófago).

75. AR2 sugirió a la subdirección de turno, que dicho traslado se realizara en ambulancia aérea con médico intensivista o pediatra, así como con equipo necesario para evitar decanulación accidental, barotrauma (daño físico causado a los tejidos del cuerpo humano por una diferencia de presión entre el espacio aéreo al interior), sangrado o dificultad respiratoria.

76. Agregó que en caso de que no se contara con envío urgente, se le facilitara broncoscopio pediátrico con cánula de trabajo y pinzas para el retiro de cuerpo extraño, lo que debió haber solicitado desde la primera vez que atendió a V1.

77. Al respecto, el personal médico de este Organismo Nacional, resaltó que a pesar de que AR2 y AR3 indicaron que V1 requería una broncoscopia urgente, llama la atención que de las evidencias con que se cuenta no se advirtió que hubieran realizado gestiones con anticipación para su traslado al Centro Médico Nacional de Occidente, situación que deberá ser investigada para deslindar la responsabilidad médica que corresponda, debido a que en el Hospital General de Zona 42, no contaban con equipo necesario para extraerle a V1 el cuerpo extraño que había ingerido como se constató al momento en que AR2 le realizó la traqueotomía.

78. Otro dato que corrobora la demora en la prestación del servicio médico a V1 y que generó la violación a su derecho humano a la salud, lo constituyó la solicitud de subrogación de servicios de forma urgente para ambulancia de alta tecnología con destino a Centro Médico Nacional de Occidente elaborado por AR2, ya que en el acta circunstanciada elaborada por el Jefe de Cirugía del Hospital General de Zona 42, indicó que dicho servicio se solicitó a las 11:10 horas del 7 de abril de 2015, información acorde a la contenida en la cédula de ambulancia subrogada.

79. La demora en el traslado de V1 al tercer nivel de atención, propició que a las 12:40 horas, personal de enfermería reportara que presentó súbitamente taquicardia, taquipnea y SO_2 , esto es, saturación de oxígeno de 86%, por lo cual le realizaron lavado bronquial en la que se detectó obstrucción en traqueotomía, extrayéndole 2 coágulos.

80. El personal de enfermería, además, solicitó la presencia de personal médico de pediatría, otorrinolaringología, urgencias y anestesiología, debido a que V1 presentó movimientos espontáneos y comenzó a *“luchar”* con el ventilador, siendo sedado para mejorar el trabajo en la ventilación oxigenación.

81. Mientras AR2 le revisaba a V1 la cánula de traqueotomía, AR3 le brindaba apoyo ventilatorio mediante válvula bolsa con reservorio a flujos altos de oxígeno a 15 litros por minuto; sin embargo, V1 continuó con incremento importante del trabajo respiratorio con disociación toracoabdominal, variaciones en la frecuencia cardíaca, taquicardia de complejos estrechos en un rango de 150 a 160 latidos por minuto, desaturando de 40 a 60% a pesar del apoyo con oxígeno suplementario.

82. También presentó hipotensión de 70/40 mmHg. y a pesar de que se le ministraron esteroide (hidrocortisona) y vasodilatador periférico (sulfato de magnesio), persistió con sibilancias (tipo de silbido), inclusive inició con deterioro hemodinámico, cayó en paro cardiorrespiratorio y presentó ritmo de colapso del tipo actividad eléctrica sin pulso, lo que ameritó se le dieran maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar con compresiones torácicas, ministrando aminas vasoactivas (adrenalina) cada 3 minutos vía intravenosa, continuando con

ventilación oxigenación a través de la cánula con válvula bolsa reservorio a flujos de 15 litros, le ministraron alcalinizante (bicarbonato) por cursar clínica y bioquímicamente, acidosis metabólica, paso de ritmo de colapso a asistolia (ausencia completa de la actividad eléctrica del miocardio), continuándose con compresiones torácicas y aminas cada 3 minutos.

83. A fin de que V1 presentara mejoría en la saturación de oxígeno, AR2 le extrajo la cánula de [REDACTED] y le introdujo una cánula endotraqueal, detectando datos clínicos de [REDACTED] a tensión en [REDACTED], por lo cual le realizó descompresión en el segundo espacio intercostal, línea media claviclar izquierda por punción con agua, persistiendo con la desaturación, se continuó con las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada por 40 minutos, sin que retornara la circulación espontánea, por lo cual se declaró como hora de su fallecimiento, las [REDACTED] horas del 7 de abril de 2015.

84. El personal médico de este Organismo Nacional, estableció que la obstrucción de la cánula de traqueotomía (coágulos) es una complicación inherente a dicho procedimiento invasivo, la cual en su momento oportunamente fue manejada por medio de aspiración por personal del servicio de enfermería; sin embargo, AR2 inadecuadamente decanuló a V1, esto es, le retiró la cánula de la traqueotomía, mientras AR3 realizaba ventilación con bolsa reservorio (AMBU), ventilando a través de este procedimiento a 15 litros de oxígeno por minuto, lo que provocó neumotórax y el colapso del pulmón izquierdo.

85. Complicación derivada de una inadecuada técnica de ventilación, lo que provocó un compromiso circulatorio con la disminución del retorno venoso y en

consecuencia del gasto cardíaco y parada cardiorrespiratoria que no revirtió a maniobras avanzadas de reanimación, lo que derivó en el deceso de V1.

86. Debido a que el caso particular se trató de probable asfixia por obstrucción de la vía aérea que tuvo como consecuencia el fallecimiento de V1, fue considerado como caso médico legal, por lo que a las 17:45 horas del 7 de abril de 2015, la dirección en turno entregó el parte médico de lesiones de V1 para la notificación a las autoridades y a las 18:45 horas de ese mismo día, se entregó el cuerpo de V1 -en presencia de V2 y V3- a los agentes de la policía investigadora para la necropsia de ley.

87. En dicho procedimiento se obtuvo “(...) *pieza de plástico* [pieza de narración hechos *extraída de la vía aérea superior (...)*”, la cual se remitió a la Agencia del Ministerio Público en Puerto Vallarta y se estableció la causa directa del fallecimiento de V1.

88. Por lo expuesto, AR2 y AR3 tampoco garantizaron el derecho humano de V1 a la protección a la salud, quien dada su gravedad, requería la realización de una broncoscopia urgente para la extracción del cuerpo extraño que le comprometía la vía aérea, sin que dichas personas servidoras públicas llevaran a cabo con inmediatez las gestiones para su traslado al Centro Médico Nacional de Occidente debido a que en el Hospital General de Zona 42 no contaban con el equipo médico necesario para dicho procedimiento, más aun cuando V1 arribó al nosocomio, a las narración hechos horas del 7 de abril de 2015 y fue hasta las 11:10 horas, cuando AR2 inició el trámite para solicitar servicio subrogado de ambulancia como fue acreditado.

89. De lo expuesto se acreditó que AR1, AR2 y AR3 transgredieron el referido artículo 33, fracción II de la Ley General de Salud, que alude a las actividades de la atención médica y puntualiza que las “(...) *Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; (...)*”, en concordancia con el ordinal 51 del mismo ordenamiento en el que dispone que “(...) *Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)*”, lo que no aconteció a pesar de que las acciones que en un primer momento realizaron le generaron mejoría transitoria a V1.

90. Igualmente incumplieron con el punto 4.1.1 de la NOM-027-SSA3-2013, “*Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica*” en la que se define por urgencia “*todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata*”, debido a que la aspiración de un cuerpo extraño es considerada como una urgencia, que debe resolverse inmediatamente porque se pone en riesgo la vida del paciente, más aun cuando existía la posibilidad de desplazamiento y la sintomatología se agravaba, sin que AR1, AR2 ni AR3 aseguraran las mejores condiciones de seguridad de su paciente, lo que derivó en la afectación a su derecho a la salud ante el deterioro progresivo de su estado físico que lo llevó a la pérdida de la vida como se analizará enseguida.

B. DERECHO A LA VIDA.

91. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en los artículos 22 y 29, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos

Mexicanos y en documentos internacionales, por lo que le corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

92. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) **existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...)**”*.⁷

(Énfasis añadido).

93. El artículo 6, puntos 1 y 2, de la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida y que los Estados garantizarán en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo.

94. Dicho derecho humano también se encuentra reconocido en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de los que se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana a través

⁷ Tesis constitucional. *“Derecho a la vida. supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del Estado”*. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011 y registro 163169.

de medidas apropiadas para proteger y preservar dicho derecho a todos aquellos que se encuentren bajo su jurisdicción.

95. Al respecto el inciso D, punto 16, de la Observación General 15 del Consejo Económico Social de las Naciones Unidas sobre el *“derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”*, refiere como obligación del Estado determinar sistemáticamente los numerosos riesgos y factores de protección que determinan la vida, la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños.

96. La CrIDH ha establecido que *“(...) es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (...)⁸, asimismo, “(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...).”⁹*

97. Este Organismo Nacional ha sostenido que *“existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar*

⁸ *“Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala”*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999, p.144.

⁹ *“Caso Familia Barrios vs. Venezuela”*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011, p. 48.

*de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”.*¹⁰

98. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por AR1 de la Unidad de Medicina Familiar 19 y AR2 y AR3 del Hospital General de Zona 42 constituyen el soporte que acreditó la violación a su derecho humano a la vida.

B.1. Violación al derecho humano a la vida de V1.

99. En el caso particular, se advirtió que el 7 de abril de 2015, V2 llevó a V1 a la Unidad de Medicina Familiar 19, en la que indicó que a las narración hechos horas aproximadamente del día previo, esto es, del 6 de ese mismo mes y año, V1 ingirió un objeto que le provocaba dificultad respiratoria, por lo cual AR1 ordenó se le tomara una radiografía y le brindó manejo a base de [REDACTED] con [REDACTED], lo que le generó discreta mejoría; sin embargo, ante el incremento de la dificultad respiratoria con disnea y retracción xifoidea, ordenó su traslado urgente al Hospital General de Zona 42.

¹⁰ CNDH. Recomendación 75/2017, p. 61.

100. En este nosocomio, V1 fue atendido a las [narración hechos] horas por el servicio de pediatría, en el cual se determinó que requería de urgencia la realización de una broncoscopia para la extracción de la [narración hechos] y al mismo tiempo, se solicitó interconsulta con otorrinolaringología.

101. AR2 del servicio de otorrinolaringología indicó que la radiografía tomada a V1, no evidenciaba algún cuerpo extraño y ante la hipoventilación severa que presentaba, ordenó su ingreso a quirófano para una traqueotomía, pero en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, el tratamiento idóneo era una broncoscopia.

102. Durante el procedimiento de traqueotomía, se solicitó interconsulta con gastroenterología, acudiendo un especialista, quien no pudo introducir el [redacted] de adulto para extraer el cuerpo extraño que V1 había ingerido, por no contar con instrumentos pediátricos, lo que propició que se diera por finalizada la cirugía y el ingreso de V1 a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, en espera de su traslado al tercer nivel de atención médica.

103. En ese sentido, llama la atención que a pesar de que AR2 y AR3 coincidieron en que V1 debería ser trasladado al Centro Médico Nacional de Occidente, hubo demora en dicha solicitud, lo que generó que su estado de salud evolucionara al detrimento respiratorio, y a las 12:40 horas, personal de enfermería lo reportó con obstrucción en la [redacted] extrayéndole 2 [redacted]

104. Después de que se pidió el apoyo del personal médico, V1 presentó paro cardiorrespiratorio y datos clínicos de neumotórax a tensión en hemitórax izquierdo, sin que respondiera a las maniobras de reanimación, por lo que falleció a las ^{narración hechos} [REDACTED] horas del 7 de abril de 2015.

105. En opinión de los médicos de esta Comisión Nacional el manejo médico de AR2 y AR3 posterior a la adecuada intervención de personal de enfermería, provocó que V1 presentara [REDACTED] que condicionó el compromiso circulatorio con disminución del retorno venoso y en consecuencia del gasto cardíaco, provocándole el paro cardiorrespiratorio que derivó en su fallecimiento.

106. Por tanto, AR1, AR2 y AR3 incumplieron con su deber de garantizar calidad y oportunidad en la atención médica brindada a V1, quien formaba parte de un sector de la población en condiciones de vulnerabilidad, debido a que en esa edad Edad [REDACTED] en su afán de explorar lo que les rodea, los niños y las niñas instintivamente introducen objetos a la boca accidentalmente, considerándose la aspiración de un cuerpo extraño en la vía aérea una urgencia al poner en riesgo la vida del paciente.

107. También vulneraron el adecuado cumplimiento de sus funciones médicas, por haber omitido la apropiada prestación del servicio que estaban obligadas a proporcionar, lo que evidenció el incumplimiento de los principios inherentes a su profesión, ya que a V1 debió realizársele una broncoscopia con instrumental pediátrico para la extracción del cuerpo extraño que ingirió desde el 6 de abril de 2015, o en su caso, haberlo trasladado de inmediato al Centro Médico Nacional de Occidente para que le brindaran tratamiento adecuado, ya que como se apuntó, la aspiración de cuerpo extraño en vías aéreas es una urgencia que debe

resolverse inmediatamente porque se pone en riesgo la vida del paciente, pues existía la posibilidad de desplazamiento, por lo que los médicos involucrados debieron actuar conforme a los principios científicos y éticos orientadores de su práctica médica y no incurrir en las acciones y conductas omisas acreditadas y que trajeron como consecuencia que V1 perdiera la vida.

108. Por tanto, incumplieron con el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, de los que deriva su responsabilidad al no haber dado a V1 una prestación de salud oportuna y de calidad para su sobrevivencia.

109. En consecuencia, las personas servidoras públicas mencionadas vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1 previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, 22 y 29, párrafo segundo constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud, al no haberle asegurado las mejores condiciones de seguridad, ya que no lo refirieron con la prontitud que ameritaba el caso a un hospital de alta especialidad con recursos humanos y materiales necesarios para su restablecimiento.

C. PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ.

110. Para esta Comisión Nacional, preservar el interés superior de la niñez es una tarea primordial. Dicho principio se encuentra reconocido en el artículo 4º, párrafo noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que prevén que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con

este principio a fin de garantizar que las niñas, niños y adolescentes disfruten a plenitud sus derechos humanos.

111. El interés superior de la niñez debe ser materializado en todos los ámbitos en que se desarrollen y convivan las niñas, niños y adolescentes, lo que se traduce en la obligación que tienen los padres, tutores, autoridades y servidores públicos que directa o indirectamente intervengan en su desarrollo para satisfacer de manera integral sus derechos, por lo que cualquier decisión de la autoridad debe de estar dirigida a lograr su bienestar en todos los aspectos de su vida.

112. La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su preámbulo, reconoce que todo menor de edad requiere de protección y cuidado especiales, en ese sentido, en el artículo 3.1 establece que todas las medidas que adopten las instituciones públicas o privadas, los tribunales, las autoridades administrativas y los órganos legislativos, atenderán de manera primordial este principio.

113. En ese sentido, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su Artículo 24.1, establece que *“Todo niño tiene derecho, (...), a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”*.

114. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha considerado que en relación con el interés superior del menor cuando se tome una decisión que les afecte en lo individual o colectivo, *“(...) se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior (...), el interés superior del menor es un concepto triple, al ser: (I) un derecho sustantivo; (II) un principio*

jurídico interpretativo fundamental; y (III) una norma de procedimiento. [dicho derecho] prescribe que se observe ‘en todas las decisiones y medidas relacionadas con el niño’, lo que significa que, en ‘cualquier medida que tenga que ver con uno o varios niños, su interés superior deberá ser una consideración primordial a que se atenderá’, lo cual incluye no sólo las decisiones, sino también (...) los actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas. (...) las decisiones particulares adoptadas por las autoridades administrativas -en esferas relativas a la (...) salud (...) deben evaluarse en función del interés superior del niño y han de estar guiadas por él (...) y como algo primordial requiere tomar conciencia de la importancia de sus intereses en todas las medidas y tener la voluntad de dar prioridad a esos intereses (...).¹¹

115. El artículo 6, fracciones I y IX, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, establece como dos de los principios rectores en la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes el *“interés superior de la niñez”* y la *“corresponsabilidad de los miembros de la familia, la sociedad y las autoridades”*.

116. La Observación General 14 sobre *“el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial”* del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, (Artículo 3, párrafo 1),¹² señala que *“La plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los*

¹¹ Tesis constitucional, *“Derechos de las niñas, niños y adolescentes. el interés superior del menor se erige como la consideración primordial que debe de atenderse en cualquier decisión que les afecte”*. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2017, y registro 2013385.

¹² Introducción, inciso A, párrafo 5.

derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral (...) del niño y promover su dignidad humana (...).”

117. La supra citada Observación General 15 del Consejo Económico Social de las Naciones Unidas sobre el “*derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*”, establece que “*(...) El artículo 3, párrafo 1, de la Convención obliga a las instituciones de previsión social, tanto públicas como privadas, (...) a velar por que se determine el interés superior del niño, que constituye una consideración de primer orden en todas las acciones que afectan a la infancia. Este principio debe respetarse en toda decisión en materia de salud relativa a niños individuales o un grupo de niños (...).*”

118. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en el artículo 19, apunta que todo niño debe recibir “*(...) las medidas de protección que su condición (...) requiere, por parte de su familia, de la sociedad y del Estado*”.

119. La Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25 prevé que la infancia tiene “*derecho a cuidados y asistencia especiales*”.

120. La CrIDH advirtió la protección especial que deben tener los niños, al resolver que: “*(...) los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos (...), su condición exige una protección*

*especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona (...)*¹³

121. Para esta Comisión Nacional, V1 formaba parte de un sector de la población en condiciones de vulnerabilidad debido a que por la edad con la que contaba al momento del evento, **Edad**, instintivamente introducen objetos a la boca, considerándose dicha acción como una urgencia médica debido a que la vida del paciente se pone en riesgo, como aconteció en el caso particular, por lo que se reitera que AR1, AR2 y AR3 debieron prever la necesidad imperante de protección y cuidados especiales de V1, como pudo haber sido la realización desde el primer momento de la broncoscopia para extraerle el objeto que había tragado, o en su caso, haberlo trasladado al Centro Médico Nacional de Occidente para su realización, ya que si bien, la traqueotomía que le realizó AR2 mejoró su respiración transitoriamente, también lo es que no resolvió su problema obstructivo.

C.1 Violación al principio de interés superior de la niñez en agravio de V1.

122. Este Organismo Nacional considera que con motivo del ejercicio profesional de AR1, AR2 y AR3 se transgredieron en agravio de V1 el principio de interés superior de la niñez, debido a que sus actos afectaron su derecho a la protección de la salud y a su vida como se constató, pues en la opinión médica se estableció que, a pesar de que las acciones realizadas a favor de V1, que le generaron

¹³ “Caso González y otras ‘Campo Algodonero’ Vs. México”. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, p. 408.

mejoría transitoria, no obstante, la broncoscopía era el método idóneo para extraerle el cuerpo extraño, y que al no efectuarla contribuyó a su deceso.

123. En ese sentido, la CrIDH ha establecido que el *“Estado debe prestar especial atención a las necesidades y a los derechos de los niños, en consideración a su condición particular de vulnerabilidad”*.¹⁴

124. En consecuencia, AR1, AR2 y AR3 vulneraron el interés superior de la niñez, por no haber considerado las condiciones mínimas que le garantizaran a V1 los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud implicaría *“una atención sanitaria de alta calidad que identifique las necesidades de salud de las personas de una forma total y precisa con recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”*¹⁵ con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención médica, con la cual se evita, previenen y mejoran los resultados adversos derivados de procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció.

125. AR1, AR2 y AR3 transgredieron los derechos humanos de V1, a la protección de la salud y a la vida, previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafos cuarto y noveno constitucionales; 1, fracciones I y

¹⁴ Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño. Opinión Consultiva OC-17/02, de 28 de agosto de 2002, párrs. 53, 54 y 60 y, *“Caso Chitay Nech y otros Vs. Guatemala”*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de mayo de 2010, p. 164.

¹⁵Secretaría de Salud. *“Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”*, 2013, p. 26.

II, 2, párrafo segundo, 4, fracción XX, 6, fracciones I, II, VI, XII, 13, fracciones I y IX y 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; 1, 3.3 y 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 4.1 y 19 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (*"Pacto de San José"*); 12.1 y 12.2 inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; principios 2 y 4, de la Declaración de los Derechos del Niño; 3 y 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren relacionados niños se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

126. También transgredieron el artículo 7 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, en los que se establece que los médicos serán directa e individualmente responsables de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores, por lo que están obligados a procurar un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad y acordes al conocimiento científico vigente, lo que no sucedió ante las irregularidades descritas y que impidieron la efectividad del derecho a la protección de la salud de V1, lo cual trajo como consecuencia que perdiera la vida.

127. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafos cuarto y noveno constitucional, en tratándose de niñas y niños, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. Lo que en el presente caso AR1, AR2 y AR3 omitieron por las razones expuestas.

128. Para garantizar la adecuada atención médica a la niñez, se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.¹⁶

129. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

130. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, en especial, en relación a la meta 3.2., cuya misión es: *“poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años”*.

131. Por tanto, corresponde al Estado mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a través de la capacitación continua del personal de la salud para que su actuar se ajuste a los protocolos y guías que rijan su actuar y de esta manera, se garantice una adecuada atención médica que abarque la integridad personal de quienes confían en los servicios de salud para que se logre la meta propuesta mediante el reforzamiento de los servicios hospitalarios para hacer frente a cualquier tipo de urgencia.

¹⁶ ONU, *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*.

D. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.

132. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a información.

133. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/201¹⁷, párrafo 27, considera que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”*

134. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”*.¹⁸

135. En ese sentido, la CrIDH en el *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*, ha sostenido que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento*

¹⁷ CNDH. *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, 31 de enero de 2017.

¹⁸ Observación General 14 *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”* (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 2000, párr. 12.

*guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”.*¹⁹

136. La norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*”, establece que “*el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).*”²⁰

137. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

¹⁹ CrIDH. “*Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

²⁰ Introducción, p. dos.

138. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²¹

139. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades de las constancias médicas que remitió a este Organismo Nacional el IMSS con motivo de la queja presentada por V2.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

140. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional se advirtió que algunas notas médicas y de evolución suscritas por AR2, AR3 y AR4 respecto a la atención médica otorgada a V1 en el Hospital General de Zona 42, omitieron datos como nombre completo, cargo, cédula profesional y/o matrícula, aunado a que respecto a la última en cita, se encontraron ilegibles y con abreviaturas.

²¹ CNDH, p. 34.

141. Dichas personas servidoras públicas infringieron los puntos 5.1, 5.2, 5.2.1, 5.2.3, 5.3, 5.8, 5.9, 5.10, 5.11, 5.13, de la NOM-004-SSA3-2012, que prevén la obligación de las y los prestadores de servicios de atención médica de cualquier establecimiento, público o privado, en cuanto a la integración y conservación del expediente clínico, las formalidades de las notas médicas o reportes, de entre las que se destaca, la fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, firma autógrafa, electrónica o digital, con lenguaje técnico-médico, letra legible, sin abreviaturas, enmendaduras ni tachaduras.

142. En conexión con lo anterior, el personal médico de este Organismo Nacional consideró que de las evidencias con que se cuenta, no se pudo establecer quién, cómo y en qué condiciones se trasladó a V1 de la Unidad de Medicina Familiar 19 al Hospital General de Zona 42, lo cual incumple con el punto 5.14 de la NOM-004-SSA3-2012, *“del Expediente Clínico”*, en el cual se especifica que atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, especialidad, urgencias y hospitalización, cuando en un mismo establecimiento se proporcionen varios servicios, deberán constar todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en la atención del paciente.

143. Otro aspecto que llama la atención de este Organismo Nacional es el hecho de que de las evidencias remitidas por el IMSS, se advirtió que V1 fue atendido en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital General de Zona 42, a las narración hechos horas del 7 de abril de 2015, pero de los resúmenes médicos del 14 de abril de 2015 y del 15 de julio de 2016, rendidos por la dirección de dicho nosocomio, se advirtió que V1 arribó a dicha unidad a las 4:30 am, información discordante con

la nota de valoración de pediatría referida y con los datos aportados por V2, quien afirmó que **parentesco** fue atendido a las **narración hechos** horas.

144. Tal situación deberá investigarse a fin de que se deslinde la responsabilidad correspondiente, pues en la opinión médica de este Organismo Nacional, se estableció que si V1 hubiera sido trasladado de inmediato de la Unidad de Medicina Familiar 19 al Hospital General de Zona 42, hubiera arribado a éste, a las 04:30 horas aproximadamente, cuando de las evidencias con que se cuenta, se advirtió que fue atendido a las **narración hechos** horas.

145. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representan un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de las y los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

146. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos.

147. A pesar de tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la norma oficial mexicana “*Del expediente clínico*”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

148. Tampoco pasa desapercibido para este Organismo Nacional, que uno de los motivos por los cuales V2 presentó su queja, se debió a la variación en la información proporcionada con motivo de la atención médica de ^{Parentesco} V1, lo que evidenció la insensibilidad de los médicos (as) involucrados, quienes dejaron de considerar que ^{Parentes} de V1 tenían derecho a la obtención de información comprensible y suficiente para participar en la toma de decisiones relacionadas con los servicios médicos a su alcance, lo que no aconteció.

149. Por ello, contravinieron la Carta de Derechos de los Pacientes del IMSS, en la cual se especifica que tienen derecho a recibir: “(...) *Atención médica adecuada y oportuna (...), Información precisa, oportuna y veraz sobre tu diagnóstico, pronóstico y tratamiento (...), expediente clínico completo (...)* recibir del personal del IMSS, en todo momento, un trato digno y eficiente (...)”, por ende, dicha situación deberá de ser investigada para deslindar la responsabilidad correspondiente.

150. Por lo expuesto, AR2, AR3 y AR4, incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos, y artículo 303 y 303 A) de la Ley del Seguro Social, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, por lo que si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

E. DERECHO DE ACCESO A LA JUSTICIA EN SU MODALIDAD DE PROCURACIÓN DE JUSTICIA.

151. El acceso a la justicia es un derecho fundamental previsto en el artículo 17, párrafo segundo de la constitución, el cual estatuye la prerrogativa a favor de las y los gobernados de acudir y promover ante las instituciones del Estado, la protección de la justicia a través de procesos que le permitan obtener una decisión en la que se resuelva de manera efectiva sus pretensiones o los derechos que estime le fueron violentados.

152. Este derecho también se encuentra reconocido en el artículo 8.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el cual decreta en términos generales, que toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente para la

determinación de sus derechos y obligaciones. El artículo 25.1. del mismo ordenamiento, señala que: *“Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales”*.

153. El artículo 8, párrafo primero de la Constitución Política del Estado de Jalisco, establece que: *“(…) La investigación de los delitos corresponde al Ministerio Público y a las policías, las cuales actuarán bajo la conducción y mando de aquél en el ejercicio de esta función”*.²²

154. La obligación del Ministerio Público de investigar delitos, se encuentra prevista en el artículo 21, párrafos primero y segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los cuales establecen: *“La investigación de los delitos corresponde al Ministerio Público y a las policías, las cuales actuarán bajo la conducción y mando de aquél en el ejercicio de esta función (…). El ejercicio de la acción penal ante los tribunales corresponde al Ministerio Público (…)”*.

155. El derecho de las víctimas a una investigación adecuada y efectiva, se encuentra previsto en el artículo 7, fracciones XXVI y XXVII de la Ley General de Víctimas, que establece que es derecho de las víctimas *“Una investigación pronta y efectiva que lleve a la identificación, captura, procesamiento y sanción de manera adecuada de todos los responsables del daño, al esclarecimiento de los*

²² Publicada en el Periódico Oficial del Estado, el 10 de abril de 2014.

hechos y a la reparación del daño”, así como “participar activamente en la búsqueda de la verdad de los hechos y en los mecanismos de acceso a la justicia que estén a su disposición, conforme a los procedimientos establecidos en la ley de la materia”.

156. Por su parte el artículo 7, fracciones III, de la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco²³, ordena que las víctimas tienen derecho *“a conocer la verdad de lo ocurrido acerca de los hechos en que le fueron violados sus derechos humanos para lo cual la autoridad deberá informar los resultados de las investigaciones”.*

157. El acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia, también se encuentra reconocido en los artículos 1, 2, 7, fracciones I, III, V, VII, IX y X, 10, 18, 19, 20 y 21 de la Ley General de Víctimas; 3, 8 y 10 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; I y XVIII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 1, 2, 3, 4 y 6 de la *“Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y abuso del poder”* de las Naciones Unidas y 3, incisos b) y c), 10 y 12, inciso c) de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos”*, que establecen la obligación del Ministerio Público para tomar las medidas necesarias para la integración de la averiguación previa, dar seguimiento a las denuncias y allegarse de elementos para el esclarecimiento de los hechos; facilitar a las personas con motivo de actos que violen sus derechos fundamentales acceso a los mecanismos de justicia y en su caso a la reparación del daño.

²³ Publicada el 27 de febrero de 2014.

158. Hay una inadecuada procuración de justicia en aquellos casos en que las personas servidoras públicas encargadas de la investigación y persecución de los delitos no actúan con debida diligencia, omiten realizar las acciones pertinentes para el esclarecimiento de los hechos delictivos, o las realizan de manera deficiente, generando que los hechos denunciados continúen impunes.

159. La CrIDH ha sostenido que la obligación del Estado de investigar debe cumplirse diligentemente para evitar la impunidad, *“(..) una vez que las autoridades estatales tengan conocimiento del hecho, deben iniciar ex officio y sin dilación, una investigación seria, imparcial y efectiva por todos los medios legales disponibles y orientada a la determinación de la verdad y a la persecución, captura, enjuiciamiento y eventual castigo de todos los autores de los hechos (...).”*²⁴

160. En el presente caso, personal de la Fiscalía Estatal, incurrió en las siguientes irregularidades.

E.1. Violación al derecho de acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia, en agravio de V2 y V3.

161. Esta Comisión Nacional acreditó la violación al derecho de acceso a la justicia en su modalidad de procuración de justicia atribuible a AR5 en la integración de la Carpeta de Investigación como se analizará enseguida.

²⁴ “Caso González y otras (Campo Algodonero) vs. México”, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párr. 290.

162. V1 falleció el 7 de abril de 2015 en el Hospital General de Zona 42, considerándose el caso como médico legal, debido a que se trataba de una probable asfixia por obstrucción de la vía aérea, por lo que, a las 17:45 horas, el personal directivo entregó el parte médico de lesiones de V1 al área de Trabajo Social, a fin de que se notificara a la policía investigadora, lo cual se realizó a las 17:48 horas.

163. A las 18:45 horas, dicha autoridad acudió al hospital con personal del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses y previa entrevista con V2 y V3, se retiró el cuerpo de V1 para la necropsia de ley.

164. La necropsia al cadáver identificado como V1, se envió al agente del Ministerio Público el 14 de abril de 2015, en la cual se advirtió lo siguiente:

*“(...) Se obtiene pieza de plástico (Pieza de narración hechos extraída de la vía aérea superior, la cual es remitida a la Agencia del ministerio público en puerto Vallarta por medio de cadena de custodia. **DE LO EXPUESTO SE DEDUCE: PRIMERO:** Que la muerte de quien en vida llevara el nombre de [V1], se debió a las alteraciones en el órgano PULMONAR Y SISTEMA CIRCULATORIO a forma de **ANOXIA ENCEFALICA SECUNDARIA A ASFIXIA POR OBSTRUCCIÓN INTERNA DE LA VIA AEREA SUPERIOR.** Causa directa de la muerte. (...).”*

165. El personal médico de este Organismo Nacional advirtió inconsistencias en dicho estudio necroquirúrgico, consistentes en lo siguiente:

165.1. El perito médico oficial, no realizó el examen externo del cadáver en el que describiera: somatometría, signos cadavéricos, lesiones, descripción detallada de la estoma traqueal (nivel y dimensiones), así como la punción pleural en el hemitórax izquierdo.

165.2. Al examen interno del cadáver, no realizó la descripción detallada de las estructuras del cuello que incluyera el nivel, la forma y las dimensiones de la incisión en tráquea, así como tampoco la descripción detallada de las cavidades torácica y abdominal.

165.3. No describió de manera detallada el nivel del cuerpo extraño que localizó ni sus dimensiones, características y no realizó su fijación fotográfica.

166. Por lo anterior, se remitirá copia de la presente Recomendación al Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses para que se conmine a su personal a seguir los protocolos sobre necropsias para que cumpla con los principios de objetividad, profesionalismo, eficiencia y respeto a los derechos humanos en el desempeño de su encargo, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 21, párrafo noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º de la Ley Orgánica del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses y 61, fracción I, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco.²⁵

²⁵ Publicada en el Periódico Oficial del Estado de Jalisco, el 23 de diciembre de 1997.

167. Con motivo de la querrela presentada por V2 el 1º de junio de 2015, AR5 solicitó al Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses un dictamen de responsabilidad médica relacionado con la atención que V1 recibió en el Hospital General de Zona 42.

168. El 15 de agosto de 2015, el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses concluyó lo siguiente:

“1. Una vez revisado el expediente, las declaraciones, se concluye que no hubo mala praxis en la atención efectuada a V1.

2. Una vez revisado el expediente, las declaraciones, se concluye que no hubo negligencia en la atención que recibió V1 por parte del personal médico en la atención hospitalaria”.

169. Tal determinación repercutió en la integración y posterior conclusión de la Carpeta de Investigación, porque el 18 de septiembre de 2015, AR5 realizó constancia de no ejercicio de la acción penal bajo el argumento que de los hechos denunciados por V2 y los datos suministrados, no establecieron hechos constitutivos de delito, por lo que llevó a cabo la facultad de abstenerse de investigar, de conformidad con los artículos 253 y 258 del Código Nacional de Procedimientos Penales, lo cual notificó a V2 en esa misma fecha, cuando debió declinar competencia a la PGR, al ser dicha autoridad la competente para esclarecer los hechos.

170. Este Organismo Nacional igualmente considera que aun y cuando en la investigación de los hechos sobre el fallecimiento de V1, se realizaron diversos dictámenes, entre los que se destacaron la *“inspección en el lugar de los hechos”*,

fotografía, planimetría, levantamiento de cadáver y necropsia, a excepción de las dos últimas, eran insustanciales e ineficaces en el caso particular, debido a que los hechos se denunciaron con motivo del fallecimiento por atención médica de V1, no por algún evento relacionado con un accidente de tránsito o riña u otra circunstancia.

171. Aunque AR5 ordenó a la Policía de Investigación realizara las entrevistas de las personas que intervinieron en la atención médica de V1 y al director del Hospital General de Zona 42, omitió dar seguimiento a dicho mandato, lo que se constató en virtud de que de las evidencias con que se cuenta, no están las declaraciones de los involucrados.

172. AR5 tampoco consideró esclarecer la razón por la cual el perito médico oficial que realizó el dictamen de responsabilidad médica arribó a la determinación de que no hubo mala praxis ni negligencia médica en el caso particular, a pesar de que en el dictamen de necropsia se le encontró a V1 una “*pieza de plástico (pieza de narración hechos extraída de la vía aérea superior*”, la cual según el perito médico oficial se le remitió mediante cadena de custodia, sin que de las evidencias con que se cuenta, se advirtiera la recepción de la misma.

173. Diligencias que, al omitirse hicieron nugatoria la posibilidad de justicia a favor de las víctimas indirectas, debido a V2 se querelló formalmente por los hechos acontecidos en agravio Parentesco y en contra de las personas servidoras públicas involucradas del IMSS, el 1º de junio de 2015, lo que ameritaba la investigación del caso particular por un agente del Ministerio Público de la Federación, por lo cual causa extrañeza que AR5 y el demás personal que intervino en la integración de la Carpeta de Investigación hayan omitido declararse incompetentes, posterior

a la realización de la necropsia de ley y entrega de V1 **Parentesco**, ya que tales diligencias ministeriales eran las procedentes y no la solicitud de un dictamen de responsabilidad médica ni mucho menos declarar el no ejercicio de la acción penal, como aconteció.

174. Además, de las constancias con que se cuenta, tampoco se observó que AR5 reconociera a V1, V2 y V3 su calidad de víctimas desde que se tuvo conocimiento de los hechos, con lo cual vulneró el artículo 20, apartado C, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en consonancia con el diverso 4º, párrafo tercero, de la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco, en el cual se establece que: *“(...) la calidad de víctimas se adquiere con la acreditación del daño o menoscabo de los derechos en los términos establecidos en la presente Ley, con independencia de que se identifique, aprehenda, o condene al responsable del daño o bien de que la víctima participe en algún procedimiento judicial o administrativo derivado de aquel (...)”*.

175. Omisiones que no generaron certeza jurídica a V2 ni a V3, porque ni siquiera les dio la calidad de víctimas con motivo del deceso de V1, por lo que las omisiones en que incurrió AR5, les obstaculizó allegarse de un efectivo acceso a la justicia, al no haber realizado una investigación eficiente ni haber declinado su competencia en favor del Ministerio Público Federal, para esclarecer los hechos denunciados, lo que se tradujo en impunidad.

176. En este sentido, en el “Caso *Ivcher Bronstein vs. Perú*”, la CrIDH reconoció que la impunidad es *“(...) la falta, en su conjunto, de investigación, persecución, captura, enjuiciamiento y condena de los responsables de violaciones a los derechos protegidos por la Convención Americana (...) el estado tiene la*

*obligación de combatir tal situación por todos los medios legales disponibles, ya que la impunidad propicia la repetición crónica de las violaciones de derechos humanos y la total indefensión de las víctimas y sus familiares”.*²⁶

177. Aunque la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la ley adjetiva no determinan un plazo concreto para que el Ministerio Público resuelva una averiguación previa, el solo transcurso del tiempo afecta la esfera jurídica de las víctimas, en virtud de que los efectos de tal omisión los dejan en total incertidumbre e indefensión respecto del derecho que tiene toda persona a que se le procure justicia pronta y expedita.

178. Del análisis que antecede, se acreditó que AR5 incumplió en el desarrollo de sus funciones de investigación el artículo 27, de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Jalisco vigente al momento de los hechos, que en términos generales advierte la obligación de conducir las funciones de la investigación de los delitos, del ejercicio de la acción penal y la reparación del daño ante los tribunales, con apoyo en los principios de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.

179. Por tanto, se cuenta con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones, formule denuncia de hechos ante la Fiscalía Estatal y queja ante su Contraloría Interna, para que se determine lo que en derecho proceda con motivo de las omisiones en que incurrió AR5 en la integración de la Carpeta de Investigación.

²⁶ Sentencia de 24 de noviembre de 2009, párrafo 12.

180. Resulta preocupante la falta de exhaustividad en la investigación de los hechos denunciados por V2, debido a que AR5 omitió, en el desarrollo de las investigaciones, acciones suficientes, urgentes y eficaces para esclarecer los hechos, por lo cual incumplió con lo dispuesto en los artículos 7, fracciones I, II y III y 14 de la Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco, que establecen su derecho a la verdad y a la justicia].

181. Debido a que AR5 vulneró el derecho de V2 y V3 a una adecuada procuración de justicia y afectó la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez, respeto a sus derechos humanos, lealtad e imparcialidad en el desempeño de su cargo, conforme a lo dispuesto en los artículos 21, párrafo noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 61, fracciones I y II y 62, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, y por tanto, por lo expuesto, incurrió en responsabilidad.

F. RESPONSABILIDAD.

182. La responsabilidad de AR1, AR2 y AR3 en la atención médica proporcionada a V1, provino de la falta de diligencia con la que se condujeron como se acreditó, lo que derivó en la violación a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al principio de interés superior de la niñez.

183. Respecto a las irregularidades que se advirtieron en la integración del expediente clínico de V1, igualmente constituyen responsabilidad para AR2, AR3 y AR4, al haber infringido los lineamientos establecidos en la NOM-004-SSA3-

2012, “*Del expediente clínico*”, respecto a la elaboración de las notas médicas y la falta de información como quedó acreditado.

184. La responsabilidad de AR5 adscrito en ese entonces a la Agencia de Delitos Varios Dos de la Dirección Costa Norte de la Fiscalía Estatal derivó de las irregularidades observadas en la integración de misma como se detalló.

185. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

185.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR1, AR2 y AR3 con motivo de las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de V1.

185.2. Queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra de AR2, AR3 y AR4, con motivo de la falta de formalidad en la integración del expediente clínico de V1.

185.3. Denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR1, AR2 y AR3 y demás personal que resulte responsable, con motivo de la atención médica proporcionada a V1.

185.4. Denuncia ante Fiscalía Estatal y queja en su Contraloría Interna, para que se determine lo que en derecho proceda con motivo de las

omisiones en que AR5 incurrió en la integración de la Carpeta de Investigación.

186. Las autoridades administrativas y ministerial encargadas de las investigaciones correspondientes, deberán tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación para que determine las responsabilidades de las personas servidoras públicas involucradas en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V1, V2 y V3.

187. Con independencia de las resoluciones que emitan el Órgano Interno de Control del IMSS y Contraloría Interna de la Fiscalía Estatal, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas.

G. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL.

188. Este Organismo Nacional igualmente advirtió de las evidencias con que se cuenta, que la falta de equipo e instrumental de otorrinolaringología indispensables para la adecuada atención de V1, incidió en las graves afectaciones a su salud, ya que durante la cirugía que se le realizó, se pretendió colocarle un broncoscopio de adulto, al no contarse con uno pediátrico, lo que impidió extraerle el objeto que había ingerido y así evitar su fallecimiento, lo que se tradujo en incumplimiento del deber de atención médica disponible al que V1 tenía derecho.

189. Esta situación que se informó a las autoridades hospitalarias, sin que se pudiera realizar el traslado de V1 a otro nosocomio con la urgencia que ameritaba

el caso para preservar su salud y su vida, lo que hace evidente la responsabilidad institucional atribuible al IMSS.

190. En ese sentido, el 6 de marzo de 2018, el Órgano Interno de Control en el IMSS, determinó que en caso particular, la responsabilidad fue objetiva institucional porque no se contó con los recursos materiales (broncoscopio pediátrico) para resolver la emergencia respiratoria de V1 y la dilación en su traslado a un tercer nivel, por no contar con ambulancia de alta tecnología, por lo que remitió oficio al Hospital General de Zona 42, a fin de que cuando no disponga de especialistas o medios de diagnósticos o terapéuticos, traslade a los pacientes a otro nosocomio previa verificación de la vigencia de derechos.

191. En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, el Hospital General de Zona 42 incumplió con los puntos 6, 7, 7.2.18 y 7.2.18.3 de la norma oficial mexicana NOM-197-SSA1-2000, *“Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada”*, en la que se apunta el mobiliario, equipo e instrumental con que deben contar los hospitales, consultorios de especialidad y otorrinolaringología para que se garantice la prestación de servicios para promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud a través de servicios médicos que respondan a las demandas y necesidades de los derechohabientes con calidad y eficiencia.

192. Al haberse acreditado la responsabilidad institucional por parte del IMSS, este Organismo Nacional considera que además del traslado de los pacientes a las unidades médicas que corresponda ante la carencia de especialistas, equipo e instrumentos, deberá gestionarse con las autoridades correspondientes para

que, en lo sucesivo el Hospital General de Zona 42, cuente con instrumentos, equipo, medicamentos, personal médico y todo aquello que garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad, eficacia y prontitud, pues en el caso particular, pudo haberse evitado el resultado si se hubiera contado con equipo médico adecuado para que a V1 se le extrajera con urgencia el objeto que accidentalmente había ingerido.

H. REPARACIÓN DEL DAÑO.

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

194. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II

y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016 y al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida y al interés superior de la niñez de V1, el derecho a la información de V2 y V3 y el derecho al acceso a la procuración de justicia en agravio de estos dos últimos, se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

195. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición,

obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

196. En el “*Caso Espinoza González vs. Perú*”, la CrIDH asumió que: “[...] *toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado*”, además precisó que “[...] *las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos*”.²⁷

197. Sobre el “*deber de prevención*”, la CrIDH sostuvo que: “[...] *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte [...]*”.²⁸

²⁷ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

²⁸ “*Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras*” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.

198. Por tanto, esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Rehabilitación

199. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2 y V3, la atención psicológica y tanatológica en caso de que lo requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta su total sanación física, psíquica y emocional por el fallecimiento de V1.

200. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos.

ii. Satisfacción

201. En el presente caso, la satisfacción comprende que las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en las quejas administrativas y denuncias que se presenten ante las autoridades competentes, en contra de las personas servidoras públicas citadas y que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

iii. Garantías de no repetición

202. Consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

203. En el caso particular, el 27 de julio de 2016, el IMSS remitió a este Organismo Nacional el listado de medidas que se adoptaron en el Hospital General de Zona 42 con motivo de la apertura de la queja que nos ocupa, consistentes en lo siguiente:

203.1. Minutas del Comité de Bioética 2016 de 26 de mayo (se refieren a la cesárea) y 16 de junio de 2016 (aspectos éticos y legales sobre la muerte), eutanasia, distanasia, ortotanasia, cuidados paliativos, mediante las cuales se llegaron a acuerdos para mejorar la atención de las personas derechohabientes.

203.2. Minutas de trabajo del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del paciente “CICASEP” de 31 de mayo y 28 de junio de 2016, con el objeto de otorgar el seguimiento a las acciones, recomendaciones y compromisos adquiridos en dicho nosocomio.

204. A su vez, el 23 de agosto y el 2 de noviembre de 2017, se impartió el curso y plática de “*Derechos Humanos en la Salud*” y “*Derechos Humanos en la Atención Médica*”.

205. No obstante, las autoridades del IMSS deberán implementar un curso integral en el término de tres meses a todo el personal médico del área de pediatría de la Unidad Médica Familiar 19 y del Hospital General de Zona 42, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud y la debida observancia de la NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*”, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos.

206. Respecto al personal de la Agencia de Delitos Varios Dos de la Fiscalía Estatal, se deberá diseñar e impartir en el término de tres meses un curso integral sobre capacitación de derechos humanos en materia de procuración de justicia y derechos de las víctimas para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación. Los manuales y contenido de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad.

207. En el término de un mes, diversa circular en la que se exhorte al personal médico del área de pediatría de la Unidad de Medicina Familiar 19 y del Hospital General de Zona 42 a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con debida diligencia. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el “*Acuerdo*

*por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley*²⁹, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

208. Deberán realizarse en un término de seis meses, gestiones indispensables con la finalidad de que el servicio de pediatría del Hospital General de Zona 42 cuente con recursos materiales para su óptimo funcionamiento para que se garantice el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad y eficiencia.

iv. Compensación

209. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*.³⁰

²⁹ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.

³⁰ “Caso *Palamara Iribarne Vs. Chile*” Sentencia del 22 de noviembre de 2015, Fondo, Reparaciones y Costas, p. 244.

210. De las evidencias con que se cuenta, este Organismo Nacional acreditó la violación a los derechos humanos en agravio de V1, V2 y V3, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a V2 y V3 por el fallecimiento de V1, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual, esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación para que, en el ejercicio de sus atribuciones, proceda conforme a Derecho.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a ustedes, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social y señor Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

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

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidad que le son atribuidos en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral a V2 y V3 que incluya la compensación justa y suficiente con motivo del deceso de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, se les otorgue atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore en la integración de la carpeta de investigación con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formulará ante el Agente del Ministerio Público de la Federación en contra del personal médico involucrado en la atención médica de V1, y remita a esta Comisión Nacional, las constancias que acrediten dicha colaboración.

TERCERA. Se colabore con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra del personal médico involucrado en la atención de V1 y en las omisiones señaladas en la integración de su expediente clínico, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

CUARTA. Con independencia de la resolución del Órgano Interno de Control en el IMSS, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de las personas servidoras públicas involucradas, por lo cual se deberá enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Realizar las gestiones en el término de seis meses con la finalidad de que el servicio de pediatría del Hospital General de Zona 42, cuente con recursos materiales para su óptimo funcionamiento que garanticen el disfrute del derecho a la protección de la salud de los derechohabientes con calidad y eficiencia, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias de su cumplimiento.

SEXTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses un curso integral al personal médico del área de pediatría adscrito a la Unidad de Medicina Familiar

19 y del Hospital General de Zona 42, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos que contemple los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia de las normas oficiales mexicanas. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se giren las instrucciones respectivas para que en el término de un mes se emita diversa circular dirigida al personal médico del área de pediatría de la Unidad de Medicina Familiar 19 y del Hospital General de Zona 42, en la que se exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

A usted, señor Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco:

PRIMERA. Instruya a la Fiscalía Estatal, a fin de que colabore ampliamente en la integración de la Carpeta de Investigación que se inicie con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule en contra de AR5 por las

irregularidades en la investigación de los hechos denunciados por V2, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

SEGUNDA. Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja que se formule en contra de AR5 ante la Contraloría Interna de la Fiscalía Estatal, por las irregularidades detalladas en la presente Recomendación, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Con independencia de la resolución de la Contraloría Interna de la Fiscalía Estatal, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en el expediente laboral de AR5, por lo cual deberán enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses un curso integral sobre capacitación de derechos humanos en materia de procuración de justicia y derechos de las víctimas dirigido al personal de la Agencia de Delitos Varios Dos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación. El curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente.

211. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

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

213. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

214. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, la Comisión Nacional de los

Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las Legislaturas de las entidades federativas que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ