



RECOMENDACIÓN No. 58 /2021

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 Y AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V, NIÑO DE 11 MESES DE EDAD, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL ESTADO DE AGUASCALIENTES.

**MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO.
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII; 24, fracciones I, 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/5/2019/8243/Q**, sobre el caso de la atención médica brindada a V en el Hospital General de Zona número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado en Aguascalientes.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78 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, así como 1, 3, 9, 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la



Información Pública, y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para las distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

Claves	Denominación
V	Víctima
QV	Quejosa Víctima
VI	Víctima Indirecta
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública
QM	Queja Médica

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Instituciones	Acrónimo
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	CNDH/Comisión Nacional/Organismo Nacional
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de Aguascalientes	HGZ-1
Hospital General de Zona número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de Aguascalientes	HGZ-2
Hospital General de Zona número 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de Aguascalientes	HGZ-3



NORMATIVIDAD

NOMBRE	ACRÓNIMO
NOM-253-SSA1-2012: <i>“Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”</i>	NOM-De las Transfusiones Sanguíneas
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.	NOM-Del Expediente Clínico

I. HECHOS.

5. El 9 de septiembre de 2019, se recibió en este Organismo Nacional, la queja presentada por QV, quien señaló que el 26 de agosto de 2019, le fue practicada a V una cirugía en el HGZ-2, para *“reconectarle”* sus intestinos con el recto, ya que por una malformación congénita tuvo que ser intervenido en una primera ocasión.

6. Durante la intervención quirúrgica mencionada, AR1 le indicó a VI1 y VI2 que surgieron varias complicaciones por lo que fue necesario recortar una parte de intestino debido a una infección, además de que accidentalmente quemaron a V con el cauterizador, provocándole varias lesiones en la espalda y hombro derecho.

7. Posterior a la cirugía, a V se le inflamó el abdomen, por lo que se le colocó una sonda, que se tuvo que instalar nuevamente porque estaba doblada; sin embargo, no mejoró y su estado de salud se agravó al diagnosticársele una infección, falleciendo en el HGZ-2 el 8 de septiembre de 2019.

8. Con motivo de lo anterior, se inició en esta Comisión Nacional, el expediente de queja **CNDH/5/2019/8243/Q**, y para documentar las violaciones a los derechos humanos se solicitó diversa información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

9. Escrito de queja de 9 de septiembre de 2019, a través del cual QV expone las irregularidades en la atención médica que se le brindó a V en el HGZ-2.



10. Oficio 095217614C21/3026 recibido en este Organismo Nacional el 31 de octubre de 2019, firmado por la Jefa del Área de Atención a Quejas CNDH del IMSS, al que se adjuntó copia de la siguiente documentación:

10.1. Nota médica de 26 de agosto de 2019, sin firma, en la cual AR1 asentó que V presentaba diagnóstico de “ano ectópico”¹ por lo que se programó cirugía de restitución de tránsito intestinal.

10.2. Nota de valoración preanestésica de 26 de agosto de 2019, en la que **AR2** anotó datos y signos vitales de V, asentando en el rubro de complicaciones postanestésicas de las 19:00 que V presentó fiebre de 38°C, así como quemadura dorsal por placa de cauterio, indicando su pase a piso.

10.3. Nota de valoración del servicio de Anestesiología de 26 de agosto de 2019, en la que AR2 señaló que se colocó a V un catéter central, por cirugía pediátrica.

10.4. Nota posoperatoria de 26 de agosto de 2019, en la que AR1 describió la técnica implementada durante el procedimiento quirúrgico realizado a V en conjunto con médico interno de pregrado, (SP1); de igual manera, reportó que se le causó una quemadura a V en región dorsal derecha, de menos del 1%, de segundo grado superficial con un electrocauterio lo cual fue informado a VI1, así como el riesgo de infección local.

10.5. Notas de observación del servicio de Cirugía Pediátrica de 27, 28, 29 y 30 de agosto de 2019, en las que AR1 asentó que V presentó vómitos biliares e incremento de perímetro abdominal.

10.6. Hoja de resultados de estudios de laboratorio de 27 de agosto de 2019, efectuados a V y solicitados por SP2.

10.7. Nota de indicaciones médicas de 29 de agosto de 2019, en la que AR1 señaló que V debía permanecer en ayuno hasta nueva orden.

¹ Se considera una variante anatómica de la posición normal del **ano** en el periné.



10.8. Nota de ingreso de 30 de agosto de 2019, en la cual AR3 y SP3 reportaron a V sin gasto por drenaje abdominal, perímetro abdominal de 44 centímetros, así como su ingreso a piso de cirugía pediátrica para valoración y manejo posoperatorio por parte de ese servicio.

10.9. Nota de observación del servicio de Cirugía Pediátrica de 30 de agosto de 2019, en la que AR1 reportó a V sin vómitos, así como abdomen con mínima tensión.

10.10. Notas de observación del servicio de Cirugía Pediátrica de 31 de agosto y 1 de septiembre de 2019, en las que AR4 apuntó que V estaba delicado y con evacuaciones con gasto fecal, precisando que su pronóstico era reservado.

10.11. Nota sin fecha elaborada por AR4, quien refirió que accidentalmente se desconectó la sonda nasogástrica de V y lo reportó con perímetro abdominal de 43 centímetros.

10.12. Notas de observación del servicio de Cirugía Pediátrica de 1, 2, 3, 4 y 5 de septiembre de 2019, en las que AR1 y AR5 indicaron que V presentaba mínima tensión en abdomen, con un perímetro que oscilaba entre los 40.5 y 41 centímetros; asimismo, AR1 indicó que “el viernes” se dejó a V con sonda nasogástrica, sin sospecha de fuga intestinal y se recibe sin sonda, lo cual contribuye a incremento de presión intraabdominal, agregó que V presentó picos febriles y que se desbridarían las quemaduras provocadas por electrocauterio.

10.13. Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería de 4 de septiembre de 2019, en la que se apuntó que V presentó fiebre.

10.14. Nota de observación del servicio de Cirugía Pediátrica de 4, 5, 6 y 7 de septiembre de 2019, en las cuales AR1 reportó que V se encontraba muy



delicado, con alto riesgo de complicaciones, sepsis por “*E. coli multisensible*”, “*polipnea*”² y rechazo de la vía oral.

10.15. Nota de indicaciones médicas nocturnas de 7 de septiembre de 2019, en las que de AR7 ordenó que V permaneciera en ayuno; asimismo, solicitó se le efectuaran estudios de laboratorio urgentes y radiografía de tórax.

10.16. Solicitud de interconsulta de 7 de septiembre de 2019, por medio de la cual AR7 refirió a V al HGZ-3 del IMSS para manejo de terapia intensiva pediátrica.

10.17. Ultrasonido de abdomen superior de 7 de septiembre de 2019, realizado por SP5, mediante el cual se concluyó que V no presentaba alteraciones evidentes por ese método.

10.18. Nota agregada de 7 de septiembre de 2019, elaborada por SP4, en la que se plasmó que V fue aceptado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del HGZ-3 del IMSS, por lo que previo envío se debía realizar transfusión de concentrados plaquetarios y eritrocitarios.

10.19. Nota de 8 de septiembre de 2019, en la que SP4 asentó que se consiguieron concentrados plaquetarios para V en el HGZ-1; sin embargo, previo a su aplicación se le comunicó vía telefónica por parte de AR8 que no se realizara la transfusión debido a resultado de serología positiva.

10.20. Indicaciones médicas de 8 de septiembre de 2019, sin nombre, en las se aprecia la firma de AR7, quien ordenó suministrar a V infusión de fentanilo.

10.21. Nota de observación del servicio de Cirugía Pediátrica de 8 de septiembre de 2019, en la cual AR7 agregó en V los diagnósticos de sepsis y probable neumonía nosocomial.

² Consiste en un aumento de la frecuencia y aumento de la profundidad respiratorias.



10.22. Nota de observación del servicio de Cirugía Pediátrica de 8 de septiembre de 2019, en la que AR6 asentó que valoró a V, a quien recibió en malas condiciones generales y sumamente grave.

10.23. Nota de observación del servicio de Cirugía Pediátrica de 8 de septiembre de 2019, mediante la cual AR6 reportó a V con deterioro sistémico ostensible, desaturación de oxígeno, distensión abdominal súbita, así como sangrado de tubo digestivo alto a través de sonda orogástrica, por lo que inició con infusión de plaquetas.

10.24. Nota de egreso del servicio de pediatría de HGZ-2 de 8 de septiembre de 2019, suscrita por AR6, quien estableció que V falleció a las 15:15 horas de ese día, por ser portador de sepsis abdominal complicada con choque séptico, posterior a presentar distensión abdominal importante y deterioro sistémico.

10.25. Certificado de defunción número de folio 190005170, en el que se asentó que V falleció por choque séptico, sepsis por *E. coli*, reconexión de sigmoidostomía y malformación anorrectal con fístula rectouretral a uretra posterior.

11. Acta circunstanciada de 13 de noviembre de 2019, elaborada por personal de esta CNDH, donde consta la recepción de un disco “DVD” aportado por QV, el cual contiene 15 fotografías en las que se aprecia el cuerpo de un niño sobre una cama de hospital, quien presenta quemaduras en la región dorsal a la derecha de la línea media y dos más en región supraescapular derecha.

12. Correo electrónico de 14 de noviembre de 2019, al cual un abogado investigador de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos de la Coordinación de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, adjuntó copia de la siguiente documentación:

12.1. Oficio 01 01 260 12151/D.M./152/2019 de 11 de octubre de 2019, firmado por el director médico del HGZ-2, mediante el cual se informó sobre la atención brindada a V en ese nosocomio.



12.2. Informes de AR1, AR4, AR5 y AR7, respecto de la atención que brindaron a V en el HGZ-2.

13. Dictamen médico de 16 de junio de 2020, emitido por especialistas en medicina legal de este Organismo Nacional, con relación a la atención médica brindada a V en el IMSS, quienes concluyeron que la misma fue inadecuada y derivó en su fallecimiento.

14. Acta Circunstanciada de 12 de marzo de 2021, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la comunicación telefónica sostenida con QV, quien refirió que en esa fecha se le notificó la resolución de la Queja Médica (QM), agregando que proporcionará dicho documento a efecto de que sea integrado al expediente de queja.

15. Oficio 095217614C30/207 suscrito por el Titular de la Coordinación de Atención a casos especiales de la Dirección Jurídica de la Unidad de Atención al Derechohabiente del IMSS, aportado por QV el 20 de abril de 2021, mediante el cual se le notificó la resolución emitida por la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS acerca de la QM.

16. Correo electrónico de 16 de agosto de 2021, a través del cual un abogado investigador de la División de Atención a quejas en Materia de Derechos Humanos de la Coordinación de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, adjuntó copia del oficio número 0190012F0100/020/2020, de 27 de marzo de 2020, suscrito por el Encargado de la Jefatura Delegacional de Servicios Jurídicos del IMSS, mediante el cual informó al Coordinador de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente de ese Instituto que no existieron deficiencias en la atención médica brindada a V, por lo que no se advirtió responsabilidad administrativa del personal involucrado.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

17. El 29 de octubre de 2020, el Consejo Técnico de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del IMSS, resolvió la QM como improcedente desde el punto de vista médico, con motivo de la atención que se le brindó a V en el HGZ-2, e indicó



que en fecha 31 de enero de 2020, comunicó el caso a la Jefatura de Servicios Jurídicos del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada en Aguascalientes para considerar realizar la investigación administrativo laboral, la cual resultó sin responsabilidad del personal involucrado.

18. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se cuenta con constancias que acrediten el inicio de carpeta de investigación y/o procedimiento de responsabilidades administrativas, por parte de la Fiscalía General de la República y del Órgano Interno de Control del IMSS, respectivamente, con motivo de los hechos materia de queja.

IV. OBSERVACIONES.

19. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2019/8243/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los instrumentos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por esta Comisión Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la SCJN como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones al derecho humano a la protección de la salud, a la vida, al principio del interés superior de la niñez y al acceso la información en materia de salud en agravio de V, en atención a las siguientes consideraciones:

A. Derecho a la protección de la salud.

20. Esta CNDH ha señalado que la protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.³

³ CNDH, Recomendación 30/2021, párr. 35; 28/2021, párr. 32; 27/2021, párr. 25; 14/2021, párr. 39; 13/2021, párr. 39; 10/2021, párr. 28; 47/2019, párr. 34; entre otras.



21. Por su parte, el numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad nacional a la salud, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.⁴

22. El numeral primero de la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que *“la salud es 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. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*⁵

23. La Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma en su artículo 25, párrafo primero 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...”*.

24. En la Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, del 23 de abril de 2009, ha señalado que: *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad; accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad”*.⁶

⁴ “Artículo 1o. Bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

⁵ El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14.

⁶CNDH. Recomendación General 15, *“Sobre el derecho a la protección de la Salud”*, párr. 24.



25. Para una mejor comprensión de este apartado se realizará el análisis relativo a la atención médica que se le brindó a V en el HGZ-2.

26. En el presente caso, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se advierte que V, niño en ese entonces de 11 meses de edad, quien presentaba el diagnóstico de malformación rectal, sin fístula anal, ingresó el 25 de agosto de 2019 al servicio de Urgencias del HGZ-2 con la finalidad de que se le practicara un procedimiento quirúrgico programado consistente en *“cierre de colostomía”*.

27. El 26 de agosto de 2019, V fue valorado por AR1, quien lo reportó con protocolo de estudios completo, en ayuno y preparación intestinal por indicación médica, así como signos vitales y saturación de oxígeno dentro de parámetros aceptables; a la exploración física señaló que se encontraba activo, reactivo, bien hidratado, sin palidez, abdomen blando, depresible, no doloroso, peristalsis presente, sin megalias, sin irritación peritoneal, sigmoidostomía de dos bocas separadas, con diagnóstico de ano ectópico; asimismo, prescribió soluciones intravenosas, antibióticos profilácticos y como plan quirúrgico *“(...) restitución intestinal ese día por la tarde”*.

28. A las 15:00 horas del 26 de agosto de 2019, AR1 y médico interno de pregrado (SP1) realizaron el procedimiento quirúrgico programado, consistente en el cierre de la colostomía; de igual manera, efectuaron punción en región subclavia derecha para colocar catéter *“Arrow bilumen 4 French”*; es decir, se separaron los extremos del colon, se cortaron las extremidades de los mismos y se llevó a cabo la reconexión del colon sigmoides, mediante la apertura de la cavidad abdominal y se colocó drenaje (Penrose); así como instalación de catéter venoso central en la parte derecha del cuello.

29. En la nota postoperatoria, AR1 reportó *“INCIDENTES Y ACCIDENTES: quemadura por electrocauterio en región dorsal, derecha de menos del 1%, de segundo grado superficial (...)”*, sangrado de 50 mililitros; de igual forma, asentó que le explicó a VI1 sobre el alto riesgo de infección local y/o sistémica asociada al procedimiento quirúrgico, manipulación intestinal y por la colocación del catéter venoso central.



30. Por su parte, AR2 asentó en nota de anestesiología de 26 de agosto de 2019, que durante la fase transoperatoria, V presentó *“bradicardia”*⁷ con *“broncoespasmo”*⁸ *“FC 70 x Sat 52% se administra atropina(...)”* durante inducción; asimismo, en el apartado de complicaciones postanestésicas del registro de anestesia y recuperación, valoración preanestésica, señaló que: *“(...) 7:00 pm pac c/ fiebre 38°C, quemadura dorsal por placa de cauterio, se aplica sulfadiazina de plata 80 mg, hidrocortisona, 120 mg paracetamol, pasa a piso”*.

31. Sobre el particular, especialistas de este Organismo Nacional consideraron que a pesar de que AR1 reportó en la citada nota postoperatoria que se presentaron como incidentes y accidentes: *“quemadura por electrocauterio en región dorsal, derecha de menos del 1%, de segundo grado superficial”*, omitió señalar que V presentó un broncoespasmo en la inducción de la anestesia, que se había administrado un concentrado eritrocitario; asimismo, destacaron que QV aportó al expediente de queja un *“DVD”* que contenía 15 fotografías en las que se observó el cuerpo de V, quien presentaba una quemadura en la región dorsal a la derecha de la línea media y dos más en región supraescapular derecha, las cuales se apreciaron con diferente evolución, rojizas, extensas y con costra, con lo cual se corrobora que AR1 señaló inadecuadamente que V presentó un 1% de quemadura de segundo grado superficial, ya que no corresponde a lo que se advierte en el material fotográfico referido.

32. De lo anterior, se advierte que AR1 al iniciar con el procedimiento quirúrgico, colocó la placa del electrocauterio sin verificar todas las medidas de seguridad necesarias y la instaló en un sitio no idóneo; asimismo, debió corroborar la correcta instalación y funcionalidad del equipo para electrocirugía, inobservancia que lo considera responsable de que se ocasionaran a V las afectaciones referidas; de igual manera, omitió curar la lesión, precisar el tamaño de la misma, su extensión, profundidad, localización exacta y zonas comprometidas, realizar una adecuada exploración física, establecer si presentaba una o varias quemaduras y la causa de

⁷ Descenso de la frecuencia cardíaca.

⁸ Tensión de los músculos que recubren las vías respiratorias (bronquios) en los pulmones. Cuando estos músculos se tensan, las vías respiratorias se estrechan y no permiten que entre o salga tanto aire de los pulmones.

lo sucedido, notificar el accidente ante la autoridad hospitalaria competente para dar solución inmediata a las situaciones de riesgo que se presentaron.

33. Por su parte, se indicó que AR2 también omitió precisar, en su nota del servicio de anestesiología de 26 de agosto de 2019, más datos sobre la lesión que se le causó a V, tal como su tamaño, extensión, profundidad, localización y zonas comprometidas, realizar una adecuada exploración física, establecer si presentaba una o varias quemaduras, así como calcular el porcentaje de la extensión de la misma mediante la tabla de “Lund y Browder”⁹

34. Del expediente clínico de V se desprende que fue valorado por AR1, AR3, AR4 y AR5, entre el 26 de agosto y 6 de septiembre de 2019, destacándose las siguientes observaciones apuntadas en sus respectivas notas médicas:

Fecha de valoración	Médico	Observaciones
27/08/2019.	AR1	V presentó 4 vómitos biliares y se reportó “íleo postquirúrgico” ¹⁰ .
28/08/2019.	AR1	V presentó 2 vómitos biliares e incremento del perímetro abdominal de 3 centímetros
30/08/2019.	AR3 y SP3	V presentaba perímetro abdominal de 44 centímetros.
30/08/2019.	AR1	V ingresó a hospitalización al servicio de Pediatría, reportándolo con abdomen con mínima tensión.
31/08/2019.	AR4	Reportó a V durante exploración física “irritable, leve palidez de piel y tegumentos” ¹¹ .
01/09/2019.	AR4	V drenó material gástrico claro con escaso pozo de café por sonda nasogástrica; frecuencia respiratoria de 46 por minuto.
01/09/2019.	AR5	V presentaba abdomen con mínima tensión.
02/09/2019.	AR1	Se solicitó “tránsito intestinal” ¹² (6 días después de que V presentó íleo postoperatorio).

⁹ Esquema de Lund y Browder. En los pacientes pediátricos se utiliza este esquema que valora los cambios relativos, en la superficie de la cabeza y miembros inferiores, de acuerdo con la edad.

¹⁰ Se define como un retraso en el retorno de la motilidad intestinal coordinada posterior a una cirugía abdominal.

¹¹ Órgano que constituye el límite del cuerpo; tapiza su superficie exterior y es la primera barrera protectora del organismo.

¹² Examen médico utilizado para determinar el tiempo que le toma a los alimentos ir desde la boca hasta el final del intestino (ano).

Fecha de valoración	Médico	Observaciones
03/09/2019.	AR1	V presentó 2 picos febriles de 38° el día previo, indicando que se “desbridaran” ¹³ las quemaduras en región dorsal (8 días después de que le causaran las lesiones); finalmente, se reportó “al familiar” que V se encontraba con alto riesgo de sepsis, choque, incluso muerte.
04/09/2019.	AR1	V presentó un “pico febril” y otro el día anterior, verbalmente se reportó hemocultivo con “Gram negativo” ¹⁴
05/09/2019.	AR1	V presentó picos febriles el día previo; asimismo, señaló que el hemocultivo periférico que se le practicó resultó positivo para “E. Coli multisensible” ¹⁵ , reportándolo muy grave, con pronóstico reservado, alto riesgo de complicaciones, sepsis, choque e incluso muerte.
06/09/2019.	AR1	Se asentó que V presentaba sepsis por “E. coli, multisensible”, último pico febril el día previo, saturación de oxígeno de 89%, tensión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia cardiaca 114, frecuencia respiratoria 27 por minuto, temperatura 37°.
06/09/2019	AR1	Se reportó a V con taquicardia de 140 a 162 por minuto, frecuencia respiratoria de 32 a 50 por minuto, saturación baja de oxígeno de 88 a 90%.

35. En ese sentido, especialistas de esta Comisión Nacional precisaron que AR1, AR3, AR4 y AR5 incurrieron en responsabilidad al no realizarle a V una exploración física completa, vigilancia y seguimiento en las atenciones que le brindaron a partir del 27 de agosto de 2019; asimismo, omitieron solicitar de manera inmediata estudios de laboratorio de control, radiografía y ultrasonido abdominal a fin de descartar que la sintomatología que presentaba (vómitos biliares, distención, mínima tensión e incremento del perímetro abdominal; polipnea, “escaso pozo de café” por sonda nasogástrica y alto gasto, fiebre y datos de proceso infeccioso con las que cursaba) fuera derivada del procedimiento quirúrgico que se le practicó y/o “peritonitis”¹⁶, lo cual originó que no se diagnosticara a V, ni se le brindara tratamiento adecuado y oportuno, provocando que desarrollara un cuadro séptico por “E. coli, multisensible”.

¹³ Remoción del tejido muerto o dañado de una herida para mejorar el proceso de cicatrización.

¹⁴ Que no ha habido proliferación de ningún microorganismo en la muestra de sangre, y que por tanto no hay infección.

¹⁵ Un tipo de bacteria que vive en el intestino causa una diarrea hemorrágica y a veces puede causar insuficiencia renal y hasta la muerte.

¹⁶ Inflamación del peritoneo, una membrana suave que recubre las paredes abdominales internas y los órganos dentro del abdomen, la cual generalmente ocurre a causa de una infección bacteriana o micótica.



36. De igual manera, se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 fueron omisos en curar las quemaduras que causaron a V durante el procedimiento quirúrgico de 26 de agosto de 2019, así como solicitar de forma urgente valoración por parte de los servicios de Cirugía Plástica y Dermatología con la finalidad de que se le brindara un tratamiento adecuado y oportuno, así como su traslado a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica en virtud de que se le reportó grave, por lo que se transgredió lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica *“Diagnóstico y tratamiento de sepsis y choque séptico en paciente 1 mes a 18 años de edad”* que establece: *“Se recomienda el diagnóstico anatómico específico de la infección para su control o descartando tan rápido que sea posible, dentro de las primeras 6 horas de presentación, como, por ejemplo: peritonitis. De ser posible al paciente con choque séptico, trasládalo a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica”*.

37. Aunado a lo anterior, a las 19:30 horas del 7 de septiembre de 2019, AR6 valoró a V, quien lo recibió con polipnea y rechazo de la vía oral, sin vómitos, presentando evacuaciones, frecuencia cardíaca de 110 por minuto, frecuencia respiratoria 75 por minuto y, a la exploración física, lo encontró con discreta palidez de tegumentos, *“diaforesis”*¹⁷, polipnea, abdomen distendido con resistencia muscular, peristalsis disminuida y sin megalias; asimismo, estableció el diagnóstico de *“otras sepsis especificadas”*, y señaló que: *“...Fue valorado ya por Cirujano en turno, quien comenta que se realicen estudios de imagen, y control de electrolitos séricos, así mismo dejar en ayuno la paciente”*, e indicó ayuno, colocación de sonda nasogástrica, nutrición parenteral, y solicitó radiografía de abdomen, electrolitos séricos, así como solución glucosada, salina y cloruro de potasio en lo que llegaba la nutrición parenteral, resto del manejo establecido; enfermería reportó taquicardia de 156 a 160 por minuto, saturación de oxígeno de 89 a 98%, frecuencia respiratoria de 60 a 64 por minuto.

38. Sobre el particular, médicos legistas de este Organismo Nacional señalaron que en su opinión AR6 se limitó a indicar oxígeno suplementario por puntas nasales a V, porque presentó datos de choque séptico y urgencia por datos de abdomen agudo, por lo que omitió solicitar valoración urgente por el servicio de Terapia Intensiva Pediátrica, Cirugía Pediátrica o Cirugía General, ante la patología de base y el

¹⁷ Término médico utilizado para referirse a una excesiva sudoración.



compromiso sistémico, para normar conducta a seguir al reportarlo con alto riesgo de complicaciones, así como revisar, evaluar y curar las quemaduras dorsales, y solicitar valoración por cirugía plástica y dermatología.

39. A las 21:00 horas del 7 de septiembre de 2019, AR7 valoró a V, quien estableció el diagnóstico de choque séptico y debido a las condiciones neurológicas decidió intubarlo, administrando una carga de solución Hartmann para 20 minutos, además dejó soluciones intravenosas a requerimientos basales, reajustando antimicrobiano, protector gástrico, vitamina K; asimismo, solicitó radiografía de tórax y estudios de laboratorio urgentes, mismos que evidenciaron anemia severa manifestada por palidez, “plaquetopenia”¹⁸ severa, “leucocitosis”¹⁹, “hipoglucemia”²⁰, creatinina baja, bilirrubinas elevadas, desequilibrio electrolítico, por lo cual requirió un concentrado plaquetario 150 mililitros de eritrocitario urgentes, reportándolo muy grave con alto riesgo de fallecer, pidiendo manejo en unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, por lo cual realizó referencia urgente al HGZ-3 del IMSS e informó a subdirección médica de HGZ-2.

40. Al respecto, especialistas de este Organismo Nacional precisaron que AR7 omitió señalar que el traslado de V a la unidad de terapia intensiva pediátrica del HGZ-3 del IMSS estaba contraindicado, ya que se encontraba en estado de choque séptico y era contraproducente poderlo trasladar; asimismo, omitió solicitar valoración urgente por parte del servicio de Cirugía Pediátrica o Cirugía General, ante la patología de base y el compromiso sistémico, para normar conducta a seguir al reportarlo muy grave, así como revisar, evaluar y curar las quemaduras dorsales, solicitar valoración por Cirugía Plástica y Dermatología.

41. En el ultrasonido de abdomen superior realizado a V de las 20:21 horas de 7 de septiembre de 2019, se reportó: *“No se observa líquido libre ni se identificaron colecciones abdominales. Conclusiones: Estudio sin alteraciones evidentes por este método”*; sin embargo, en el dictamen médico de este Organismo Nacional se señaló

¹⁸ Cantidad baja de plaquetas en la sangre.

¹⁹ Alto nivel de glóbulos blancos en la sangre.

²⁰ Niveles bajos de azúcar en la sangre.



que con dicho estudio no se descartaba que V cursara con abdomen agudo, por lo cual requería valoración urgente por el servicio de Cirugía Pediátrica.

42. Asimismo, en la nota médica agregada de las 23:00 horas de 7 de septiembre de 2019, SP4 señaló que se presentó el caso con el Coordinador en turno del HGZ-3 del IMSS y que V fue aceptado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, cuya condición era grave y se encontraba orointubado y bajo ventilación mecánica, por lo que se le indicó que *“...se transfundan concentrados plaquetarios y eritrocitarios previos a su envío y una vez estable, se traslade a la UCIP con traslado seguro (ventilador portátil, médico de traslado). Se inicia transfusión de C,E.:,”*; es decir, al encontrarse inestable el paciente, debía ser transfundido y estabilizado para enviarlo en las mejores condiciones posibles.

43. A las 02:00 horas de 8 de septiembre de 2019, SP4 refirió que se consiguieron concentrados plaquetarios en HGZ-1, y previo a su aplicación recibió llamada vía telefónica de AR8, quien le comentó que: *“...no se transfundan plaquetas ya que la serología salió positiva...”*, por lo que quedaron en espera de nuevas unidades.

44. Por consiguiente, se transgredieron los artículos 3.1.149, 4.3 y 4.11 de la NOM-De las Transfusiones Sanguíneas, en virtud de que el HGZ-2 no contaba con concentrados eritrocitarios y plaquetarios; de igual manera, AR8 inobservó dicha normatividad al enviar paquetes de hemotransfusiones no idóneos para la misma, lo cual condicionó que se retrasara la transfusión que V requería de manera urgente.

45. A las 02:51 horas de 8 de septiembre de 2019, AR7 agregó a los diagnósticos sepsis por *“E. coli sensible a imipenem”* y *“probable neumonía nosocomial”*, signos vitales con tensión arterial de 100/73 por minuto, frecuencia cardiaca de 156 por minuto, frecuencia respiratoria de 50 por minuto, temperatura de 37° centígrados, bajo sedoanalgesia, con ventilación mecánica, persistía presentando movimientos espontáneos por lo que ameritó bolos de fentanilo, le suspendió la adrenalina por presentar taquicardia e hipertensión arterial, palpándose *“hepatomegalia”*²¹ de 3 a 4 centímetros por debajo del reborde costal, depresible, con sonda orogástrica con gasto de 15 mililitros de características glerosas café claro, en ese momento

²¹ Agrandamiento del hígado.



transfundíendole concentrado eritrocitario, administró bolo de solución Hartman e inició transfusión sanguínea, se encontraban en espera de concentrado plaquetario; sin embargo, aún no había respuesta por parte de la Subdirección, por lo que continuó con manejo establecido y dinámico, reportándolo muy grave, con alto riesgo de complicaciones.

46. En ese sentido, se advirtió que AR7 omitió señalar que el traslado de V a la unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del HGZ-3 del IMSS estaba contraindicado, ya que se encontraba en estado de choque séptico y era contraproducente poderlo canalizar; asimismo, omitió solicitar urgente valoración por Cirugía Pediátrica o Cirugía General, ante la patología de base y el compromiso sistémico, para normar conducta a seguir al reportarlo muy grave, así como revisar, evaluar y curar las quemaduras dorsales, solicitar valoración por cirugía plástica y dermatología.

47. A las 11:16 horas de 8 de septiembre de 2019, AR6 valoró a V señalando que lo recibió en malas condiciones generales con asistencia ventilatoria con saturación de oxígeno de 99%, con diagnóstico de “*sepsis abdominal probable por Escherichia Coli*”, le realizó exploración física y lo encontró levemente pálido, neurológicamente no valorable, abdomen con salida de material purulento a través de la sonda orogástrica, peristalsis ausente, resistencia muscular, con sonda urinaria la cual apreció con salida de orina de “*aspecto oscuro*”, por lo que lo reportó sumamente grave, requería terapia intensiva pediátrica, estando enterada de ello la Subdirección Médica en turno de HGZ-2, quien comentó que V fue aceptado en el HGZ-3 del IMSS; sin embargo, se encontraban en espera de que se le transfundieran los concentrados plaquetarios; asimismo, indicó que continuaría con “*antibioticoterapia*”²², suspendió infusión de fentanilo y señaló su estado de salud muy grave, con alta morbimortalidad condicionada por el diagnóstico emitido.

48. En la opinión médica de esta Comisión Nacional, se indicó que inadecuadamente AR6, a pesar del estado de gravedad extrema de V por sepsis abdominal que ameritaba la terapia intensiva, envió a la unidad de terapia intensiva pediátrica previa transfusión de plaquetas, la cual en esta etapa irreversible del choque séptico, no le brindaría beneficio alguno en su deteriorado estado de salud; asimismo, omitió

²² Uso de antibióticos, administrados por vía intravenosa.



requerir de manera urgente valoración por Cirugía Pediátrica o Cirugía General, ante la patología de base y el compromiso sistémico, para normar conducta a seguir al reportarlo con muy grave, así como revisar, evaluar y curar las quemaduras dorsales, solicitar valoración por los servicios de Cirugía Plástica y Dermatología.

49. A las 14:05 horas de 8 de septiembre de 2019, en la nota médica de observación de Cirugía Pediátrica, AR6 reportó a V con deterioro ostensible “*desde hacía una hora*”, con desaturación de oxígeno distensión abdominal súbita, así como sangrado de tubo digestivo a través de sonda orogástrica, por lo que inició con infusión de concentrados plaquetarios que estuvieron disponibles hasta ese momento; asimismo, señaló que comentó el caso la Subdirección del HGZ-2 y la necesidad de valoración por parte de Cirugía Pediátrica.

50. Cabe mencionar que, especialistas de este Organismo Nacional advirtieron que fue hasta las 13:15 horas de 8 de septiembre de 2019, que se transfundieron a V los concentrados plaquetarios, por lo que existió dilación injustificada por parte de AR6 y AR7 en solicitar la interconsulta por el servicio de Cirugía General, a pesar de haberse reportado a V desde 7 de septiembre de 2019, con abdomen a tensión.

51. Posteriormente, AR6 señaló en la nota de egreso del servicio de pediatría de HGZ-2 de las 15:25 horas de 8 de septiembre de 2019, que se realizó a V aspiración de la vía aérea por parte del servicio de enfermería, quien le reportó ausencia de signos vitales, por lo que realizó maniobras de reanimación cardiopulmonar sin éxito, declarándose su fallecimiento a las 15:15 horas del 08 de septiembre de 2019, estableciendo como causas del deceso, según consta en el certificado de defunción: “*choque séptico 2 horas, sepsis por E. coli 3 días, reconexión de sigmoidostomía 11 días, malformación anorrectal con fistula rectouretral a uretra posterior 11 meses 17 días*”.

52. Por tal motivo, en el dictamen médico de esta CNDH se precisó que fue inadecuada la atención médica que se le brindó a V en HGZ-2 por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, desde el 26 de agosto de 2019, que se realizó el cierre de la colostomía y que se le causaron quemaduras en la región dorsal derecha con electrocauterio; asimismo, omitieron realizar una exploración física dirigida de



abdomen; no consideraron el incremento abdominal, los vómitos, vigilancia y seguimiento estrechos postquirúrgicos; no solicitaron protocolo de estudio confirmatorio para peritonitis y sangrado abdominal para ingreso inmediato a Cirugía y no requirieron de forma urgente valoración por Terapia Intensiva Pediátrica, Cirugía Plástica y Dermatología a efecto de tratar las quemaduras causadas por electrocauterio, lo cual provocó que V desarrollara un choque séptico que ocasionó su fallecimiento el 8 de septiembre de ese año.

53. De igual manera, se indicó que se le habría brindado un mejor pronóstico de sobrevida a V, evitando todas las complicaciones con las que cursó en caso de que se le hubiera diagnosticado de manera oportuna la sepsis y sangrado abdominal, brindándole un tratamiento adecuado para dicho padecimiento, así como para las quemaduras de segundo grado en región derecha que se le causaron, por lo que dichas omisiones repercutieron en el deterioro de la salud y fallecimiento de V, contraviniendo lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III; 32, 33, fracciones I y II; 51, 77 bis, de la Ley General de Salud y 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, constitucional, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), así como la Observación General 14 *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

B. Derecho a la vida.

54. Como lo ha destacado esta Comisión Nacional los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales -como el derecho a la vida²³. Los DESC funcionan como derechos *“puente”* de los derechos

²³ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerrequisito para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter



individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados puede generar también vulneraciones a los derechos individuales, como ocurrió al derecho humano a la vida de V.

55. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no sea interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son 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, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, y el artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

56. La CrIDH ha sostenido que el derecho a la vida es fundamental en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ya que de su salvaguarda depende la realización de los demás derechos. En razón de dicho carácter, los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para su pleno goce y ejercicio²⁴, entendiéndose con ello que, los derechos a la vida y a la integridad personal, se encuentran vinculados con la salud y la prerrogativa de la protección de la misma.

57. Por su parte, la SCJN 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, así como adoptar medidas positivas para preservar ese derecho [...] existe transgresión del 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...”*.²⁵

fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. “Caso *Ximenes Lopes Vs. Brasil*”. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

²⁴ CrIDH, “Caso *González y otras (Campo Algodonero) Vs. México*”, sentencia de 16 de noviembre de 2009, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 245.

²⁵ SCJN. “DERECHO A LA VIDA. SUPUESTOS EN QUE SE ACTUALIZA SU TRANSGRESIÓN POR PARTE DEL ESTADO”. Registro 163169. Tesis P. LXI/2010. Pleno. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII, enero de 2011, pág.24.



58. En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar 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” de 1948, el “Código Internacional de Ética Médica” de 1949, y la “Declaración de Lisboa” de 1981, adoptados por la Asociación Médica Mundial, como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes.

59. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, personas servidoras públicas adscritas al HGZ.1 y HGZ-2, también son el soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida.

60. Esta Comisión Nacional observó que la inadecuada atención médica que se brindó a V por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, consistente en omitir realizar una exploración física dirigida de abdomen; no considerar el incremento abdominal, los vómitos, vigilancia y seguimiento estrechos postquirúrgicos; no solicitar protocolo de estudio confirmatorio para peritonitis y sangrado abdominal para ingreso inmediato a Cirugía y no requerir de forma urgente valoración por Terapia Intensiva Pediátrica, Cirugía Plástica y Dermatología a efecto de tratar las quemaduras causadas por electrocauterio, provocaron que V desarrollara un choque séptico que ocasionó su fallecimiento el 8 de septiembre de 2019.

61. Igualmente, AR8 inobservó lo dispuesto en la NOM-De las Transfusiones Sanguíneas, en virtud de que envió del HGZ-1 al HGZ-2 concentrados eritrocitarios y plaquetarios no idóneos, lo cual condicionó que se retrasara la transfusión que V requería de manera urgente.

62. En consecuencia, durante la estancia de V en el HGZ-2, los servicios médicos brindados a V fueron inadecuados e inoportunos, ya que de lo contrario la sepsis y sangrado abdominal, así como las quemaduras de segundo grado en región dorsal derecha, no hubieran favorecido directamente a su fallecimiento y se habría brindado



un mejor pronóstico de sobrevivencia, evitando las complicaciones referidas, vulnerando con ello el derecho humano a la vida de V.

C. Principio del Interés Superior de la Niñez.

63. Este principio se encuentra reconocido en el artículo 4, párrafos cuarto y 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.

64. Para esta Comisión Nacional, preservar el interés superior de la niñez es una tarea primordial, y al tratarse de una persona de 11 meses de edad, perteneciente a un grupo en situación de vulnerabilidad por su corta edad, en este caso son aplicables los artículos 6.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 1.1 y 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; y los principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño y 14 y 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que en términos generales establecen los derechos de niños, niñas y adolescentes a la máxima medida posible de supervivencia y desarrollo, al más alto nivel de salud y a las medidas de protección que en su condición de niños debe garantizar el Estado.

65. 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.

66. 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.

67. 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”*.

68. 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 (...).”*²⁶

69. La SCJN, 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 (...).”*²⁷

70. El artículo 6, fracciones I, VI y IX, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, establece entre otros, como principios rectores en la protección de sus derechos el *“Interés superior de la niñez”, “El derecho a la vida, a*

²⁶ “Caso González y otras Campo Algodonero Vs. México”. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párrafo 408.

²⁷ 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, 6 de enero de 2017, registro: 2013385.



la supervivencia y al desarrollo”; y la “Corresponsabilidad de los miembros de la familia, Estado y sociedad”.

71. En ese sentido, esta Comisión Nacional considera que las niñas y los niños que sufren enfermedades se encuentran en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho humano a la protección de la salud, sobre todo en la primera infancia (de 0 a 6 años de edad), porque por su capacidad disminuida para expresar con claridad la sintomatología que presentan, para protegerse de los padecimientos que contraen o para hacer frente a las consecuencias negativas de los mismos, ocasiona que tales padecimientos puedan originar mayores factores de riesgos que ponen en peligro su vida e integridad.

72. Con base en lo anterior, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, adscritos al HGZ-2, al momento de brindarle a V atención médica, debieron tener en cuenta que se trataba de una persona en una condición de vulnerabilidad, ya que se encontraba en extremos de la vida, situación que en el caso del cierre de la colostomía y causarle quemaduras en la región dorsal derecha con electrocauterio, los obligaba a otorgarle dicha atención de manera preferente, prioritaria e inmediata; contrario a ello omitieron realizar una exploración física dirigida de abdomen, no considerar el incremento abdominal, los vómitos, vigilancia y seguimiento estrechos postquirúrgicos, solicitar estudios paraclínicos confirmatorios, lo que ocasionó que evolucionara hacia el estado de choque séptico por probable peritonitis y sangrado abdominal, por lo que se debió solicitar su ingreso inmediato a cirugía, solicitar de forma urgente valoración por terapia intensiva pediátrica, cirugía plástica, dermatología, reportar y tratar las quemaduras por electrocauterio mencionadas, contribuyendo a que su estado de salud se deteriorara y fuera causa de su deceso, vulnerando el principio de interés superior de la niñez.

73. Por su parte, AR8 incurrió en responsabilidad al no considerar que V requería de manera urgente, una transfusión sanguínea, toda vez que envió del HGZ-1 al HGZ-2 paquetes de hemotransfusiones no idóneos para la misma.

74. En razón de lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, transgredieron los derechos humanos de V, a la protección de la salud, así como a



la vida previstos en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafos cuarto y noveno constitucionales; 6, fracciones I, VI y IX, 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, XI 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.

75. También incumplieron con lo dispuesto en los artículos 7 y 43 del Reglamento de Prestaciones Médicas 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 cual no sucedió ante las omisiones descritas y que tuvo como consecuencia el fallecimiento de V.

D. Derecho humano de acceso a la información en materia de salud.

76. El artículo 6º, párrafo dos, de la Constitución Política, establece que, *“Toda persona tiene derecho al libre acceso a la información”* y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

77. La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador de servicio de salud.²⁸

78. 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*

²⁸ CNDH. Recomendaciones: 28/2021, párr. 102; 6/2021, párr. 78; 5/2021, párr. 64, entre otras.

*derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.*²⁹

79. Por otra parte, se debe considerar que la NOM-Del Expediente Clínico advierte “(...)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, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.”

80. En la Recomendación General 29 “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, esta Comisión Nacional consideró que “la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.”³⁰

81. También se ha establecido en diversas recomendaciones que el derecho a la información en materia de salud 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.³¹

²⁹ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

³⁰ CNDH. Del 31 de enero de 2017, parr. 35.

³¹ CNDH, Recomendación, 26/2019, párr. 68; 21/2019, párr. 67, y 33/2016, párr. 105.



82. Esta Comisión Nacional ha reiterado la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-Del Expediente Clínico, en la que se describe la obligación de los prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como se ha venido sosteniendo a través de la Recomendación General 29, así como en diversas Recomendaciones, entre otras, la 5/2021, 1/2021, 52/2020, 45/2020, 44/2020, 42/2020, 35/2020, 23/2020, 21/2019 y 26/2019.

83. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que, tanto AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, así como demás médicos no identificados del HGZ-2 incumplieron con la Norma Oficial Mexicana NOM-Del Expediente Clínico, ya que algunas notas médicas de la atención brindada a V en el HGZ-2, no se anexaron al expediente clínico, otras están incompletas o carecen de membrete de la unidad médica, así como nombre completo, firma y especialidad de los médicos tratantes; por tanto, se infringieron los lineamientos establecidos en los punto 5.10.

84. La idónea integración del expediente clínico de V es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, 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 se cumpla en sus términos.³²

85. Resulta aplicable en la especie, la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador” del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere: “...la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”; de este modo, la deficiente integración

³² CNDH, Recomendaciones 05/2021, párr. 71; 01/2021, párr. 89; 52/2020, párr. 80; entre otras.



del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

E. Responsabilidad.

E.1. Responsabilidad de servidores públicos.

86. La responsabilidad en que incurrieron AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7 provino de la falta de diligencia con la que se condujeron en la atención médica proporcionada a V como se acreditó con las conductas omisas descritas en la presente Recomendación, lo que derivó en la violación a su derecho a la protección de la salud, a la vida y al interés superior de la niñez, analizadas y evidenciadas, al no realizar una exploración física dirigida de abdomen, no considerar el incremento abdominal, los vómitos, vigilancia y seguimiento estrechos postquirúrgicos, solicitar estudios paraclínicos confirmatorios, lo que ocasionó que evolucionara hacia el estado de choque séptico por probable peritonitis y sangrado abdominal, por lo que se debió solicitar su ingreso inmediato a cirugía, solicitar de forma urgente valoración por terapia intensiva pediátrica, cirugía plástica, dermatología, reportar y tratar las quemaduras por electrocauterio mencionadas, contribuyendo a que su estado de salud se deteriorara y fuera causa de su deceso.

87. De igual forma, AR8 incurrió en responsabilidad al inobservar lo dispuesto en los artículos 3.1.149, 4.3 y 4.11 de la NOM-De las Transfusiones Sanguíneas, en virtud de que envió del HGZ-1 al HGZ-2 paquetes de hemotransfusiones no idóneos para la transfusión que V requería de manera urgente, lo cual condicionó que se retrasara la misma.

88. Asimismo, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7, incumplieron con lo previsto en con la Guía de Práctica Clínica, Intervenciones Preventivas Para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico, con la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico en paciente 1 mes a 18 años de edad, con la Ley General de Salud, con la Norma Oficial Mexicana NOM-Del Expediente Clínico, con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de



Atención Médica, con el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano Del Seguro Social, y la literatura médica universal especializada.

89. De lo anterior se advierte que las referidas personas servidoras públicas, incurrieron en actos que afectaron la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto, que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal, conforme a lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

90. Visto lo anterior, de las constancias integradas al expediente se evidenció que no se brindó en el HGZ-2 una atención médica adecuada a V en un lapso crítico para su estado de salud, con lo que consecuentemente no se le garantizó el disfrute del derecho a la protección de la salud en su nivel más alto posible, en atención al principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, el derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, así como recibir atención profesional y éticamente responsable, cuando esté en peligro la vida, un órgano o una función que requiera atención inmediata. Lo anterior, de conformidad con los artículos 9, 48 y 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

E.2. Responsabilidad institucional.

91. Este Organismo Nacional advierte responsabilidad institucional a cargo HGZ-2 al incumplir con lo establecido en la NOM-De las Transfusiones Sanguíneas, al no contar con concentrados hemoderivados en la unidad donde se encontraba hospitalizado V, lo cual provocó dilación en la transfusión que requería urgentemente, vulnerando con ello su derecho humano a la protección de la salud y a la vida.

92. Esta Comisión Nacional estima conveniente reiterar que el 7 de septiembre de 2019, se estableció la transfusión de concentrados plaquetarios y eritrocitarios como parte del tratamiento de V; sin embargo, en las notas médicas de esa misma fecha, se asentó que el HGZ-2 no contaba con tal recurso. En tal virtud, el titular de ese nosocomio, así como el personal encargado de proveer a esa Institución incurrió en responsabilidad institucional, toda vez que en el momento en que V requería de



dichos concentrados, ese nosocomio se vio impedido para proporcionarlos, no obstante que se trataba de un material necesario e indispensable para el tratamiento de cuadro séptico que V padecía, omisión con la cual, actuación que no fue acorde, eficiente, adecuada y responsable en aras de garantizar y salvaguardar su derecho a la protección de la salud y la vida.

93. En el dictamen médico de este Organismo Nacional se precisó que el artículo 26 del Reglamento de la Ley General de Salud, establece que: *“Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría”*, por lo que, al carecer el HGZ-2 de los concentrados plaquetarios y eritrocitarios, el personal a cargo de dicho nosocomio incurrió en inobservancia a dicha normatividad.

94. En tal contexto, este Organismo Nacional encuentra un claro nexo entre la violación al derecho humano a la protección de la salud de V y las irregularidades señaladas en el párrafo precedente, debido a la omisión por parte de las autoridades administrativas del HGZ-2, al omitir proveer a ese nosocomio de los recursos médicos suficientes para el tratamiento de las enfermedades que afectan a las personas y que, en este caso, provocó dilación en el tratamiento para atender las afecciones que padeció V.

95. Por tanto, la inexistencia de concentrados plaquetarios y eritrocitarios para el tratamiento de un cuadro séptico, implicó responsabilidad institucional para el IMSS, ya que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, pues no se garantizó una atención médica profesional de calidad para V, acorde con lo previsto en los artículos 48 del Reglamento de la Ley General de Salud, que en términos generales establecen que los pacientes tienen derecho a recibir una atención médica de calidad, debiendo ser profesional, éticamente responsable y con apego a los estándares de calidad vigentes, configurándose de tal manera una responsabilidad institucional de acuerdo por lo dispuesto en el artículo 7, párrafo primero y tercero, del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.



96. Asimismo, en el Reglamento de la Ley General de Salud, en su artículo 74, establece: “...cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución que asegure su tratamiento y que estará obligado a recibirlo...”. Con lo anterior, se puede establecer desde el punto de vista médico-legal que existió una responsabilidad de tipo institucional por inobservancia al citado Reglamento, al no contar con concentrados plaquetarios y eritrocitarios.

F. Reparación Integral del Daño.

97. 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 1, 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 personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas 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.

98. 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 demás normatividad aplicable al caso en concreto en la materia, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y, en consecuencia el derecho a la vida así como al interés superior de la niñez de V, se deberá inscribir a QV, VI1 y VI2 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y



Reparación Integral, conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión.

99. Siendo aplicable al caso, lo previsto 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, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

100. Asimismo, el IMSS, deberá solicitar a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas la asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV, VI1 y VI2 para que dicho Instituto realice el pago por concepto de las violaciones a derechos humanos que fueron objeto por parte del personal del IMSS, de conformidad con los artículos 81 y 89 de la Ley General de Víctimas.

a) Medidas de rehabilitación.

101. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas y sus familiares hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con los artículos 27, fracción II y 62 de la Ley General de Víctimas, así como del artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido. La rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

102. En el presente caso, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y de conformidad con la Ley General de Víctimas, el IMSS deberá proporcionar atención médica, psicológica y tanatológica a QV, VI1 y VI2 por las



acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado.

103. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para la víctima, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente, aplicando en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

b) Medidas de Compensación.

104. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III y 64, de la Ley General de Víctimas, consisten 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”*.³³

105. La compensación debe ser apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, así como, por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos de conformidad con lo indicado en la fracción III del artículo 27 y del 64 de la Ley General de Víctimas.

106. Para tal efecto, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a QV, VI1, VI2 por la mala práctica que derivó en el fallecimiento de V, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a fin de que se proceda conforme a sus atribuciones, hecho lo cual, se deberán remitir las constancias con que se acredite

³³ Caso Bulacio Vs. Argentina, *Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Párrafo 90.



su cumplimiento, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

c) Medidas de Satisfacción.

107. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73 de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante el inicio de las investigaciones penales y administrativas a las autoridades y a las personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

108. En el presente caso, la satisfacción comprende que las personas servidoras públicas adscritas al IMSS colaboren ampliamente con las autoridades investigadoras, en el trámite y seguimiento de la queja que este Organismo Nacional presente en el Órgano Interno de Control de ese Instituto, en contra de las personas servidoras públicas responsables referidas en la presente Recomendación.

109. Por lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio tercero, se deberá informar las acciones de colaboración que efectivamente se han realizado, atendiendo los requerimientos de información oportunamente.

d) Medidas de no repetición

110. Las medidas de no repetición se encuentran descritas en los artículos 27, fracción V, 74 y 75 de la Ley General de Víctimas; y consisten en implementar las acciones preventivas necesarias para que los hechos violatorios de Derechos Humanos no vuelvan a ocurrir.

111. Para tal efecto, es necesario que las autoridades del IMSS implementen en el plazo de tres meses después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral 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, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica, citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico y



administrativo del HGZ-1 y del HGZ-2, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

112. Asimismo, en el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS en Aguascalientes, particularmente del HGZ-1 y HGZ-2, que contenga las medidas pertinentes de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes para satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; de igual manera, a efecto de que las unidades médicas cuenten con concentrados hemoderivados con la finalidad de observar lo dispuesto en la NOM-De las Transfusiones Sanguíneas; hecho lo anterior, se supervise durante un periodo de seis meses el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten. Una vez hecho lo anterior se deberá remitir a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento; ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto recomendatorio quinto.

113. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente a usted, señor Director General del IMSS, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral por los daños causados a QV, VI1, VI2 que incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en el deceso de V, en términos de la Ley General de Víctimas, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.



SEGUNDA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se otorgue atención médica, psicológica y tanatológica que requieran QV, VI1, VI2 por las acciones u omisiones que dieron origen a la presente recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado, atendiendo a su edad y necesidades específicas, así como proveerles de los medicamentos convenientes a su situación. La atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento; y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colaborar ampliamente con la autoridad investigadora, en el trámite y seguimiento de la queja que esta Comisión Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, en el Órgano Interno de Control en el IMSS, por las omisiones precisadas en los hechos y observaciones de la presente Recomendación, y se remitan en su oportunidad las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Diseñar e impartir en el plazo de tres meses, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho de protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica, citadas en el cuerpo de esta Recomendación, a todo el personal médico del HGZ-1 y del HGZ-2, en particular a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7 y AR8, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad; hecho lo anterior, se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular dirigida al personal de las unidades médicas del IMSS en Aguascalientes, particularmente del HGZ-1 y HGZ-2, que contenga las medidas adecuadas de prevención y supervisión, a fin de garantizar que se agoten las instancias pertinentes con la finalidad de satisfacer los tratamientos médicos, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; de igual



manera, a efecto de que las unidades médicas cuenten con concentrados hemoderivados con la finalidad de observar lo dispuesto en la NOM-De las Transfusiones Sanguíneas; hecho lo anterior, se supervise al HGZ-1 y HGZ-2 durante un periodo de seis meses, el cumplimiento de esa y el resto de las medidas que se adopten, con objeto de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias que se generen para acreditar el cumplimiento.

SEXTA. Se designe 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.

114. La presente Recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos del 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.

115. 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.

116. 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.

117. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa, 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, ante ello este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA