

RECOMENDACIÓN No. 81 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA Y AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ, POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA, EN AGRAVIO DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL EMILIANO ZAPATA, HOSPITAL PEDIÁTRICO MOCTEZUMA, AMBOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA, DEL IMSS EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 20 de abril de 2022

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

**DRA. OLIVA LÓPEZ ARELLANO
SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

Distinguida Secretaria y distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 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; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2019/7512/Q**, relacionado con el caso de V1, V2 y V3.



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; 1, 3, 9 y 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 una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son las siguientes:

Denominación	Claves
Víctima	V
Quejosa	Q
Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP
Médico o Médica Residente	MR

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas leyes, normas, autoridades, instancias de gobierno y expedientes, se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

Nombre	Abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Organismo Nacional/ Comisión Nacional
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Secretaría de Salud de la Ciudad de México	SEDESA
Hospital Emiliano Zapata, perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México	HEZ
Hospital Pediátrico Moctezuma perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México	HPM
Hospital General de Zona No. 53, perteneciente al IMSS, en la Ciudad de México	HGZ53
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza, perteneciente al IMSS, en la Ciudad de México	La Raza
Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño	NOM-031-SSA2-1999
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas	NOM-001-SSA3-2012



I. HECHOS

5. El 17 de julio de 2019 se recibió en esta Comisión Nacional la queja presentada por Q1, donde expuso que el 30 de abril de 2019, V1, niña de entonces 2 años de edad, presentó fiebre de 38°C, tos y signos de dificultad respiratoria. V2 le administró analgésicos/antipiréticos sin mejoría en los días siguientes. Debido a ello, el 3 de mayo de 2019, V1 ingresó al HEZ, donde AR1 la diagnosticó con desnutrición grave, neumonía y alteraciones del crecimiento, por lo que ingresó a la UCI de Pediatría, donde se confirmó que padecía daño pulmonar. El 4 de mayo de 2019, V1 fue ingresada al HPM y canalizada a la Unidad de Terapia Intensiva para determinar la causa de los síntomas que presentaba.

6. El 11 de junio de 2019, V1 fue canalizada al HGZ53, ya que se le detectó una anomalía o colapso, en una región del pulmón, confirmándose que padecía neumopatía crónica. Por ello, el 20 de junio fue trasladada a La Raza, donde permaneció hospitalizada debido a que se identificó que sus síntomas podrían relacionarse con un padecimiento neurológico.

7. El 14 de agosto de 2019 se confirmó que padecía un tumor cerebral maligno, denominado *teratoide rabdoide*, que se asociaba con los diversos síntomas que presentó V1 durante su estancia hospitalaria. El 22 de agosto de 2019, V1 ingresó a quirófano y se le realizó una craneotomía suboccipital para la resección del tumor. Debido a su estado de gravedad permaneció en la UCI de Pediatría, hasta el 31 de octubre de 2019 que fue trasladada al HGZ53, en donde le brindaron cuidados paliativos falleciendo el 2 de noviembre de 2019. A consideración de Q1, la atención médica brindada a V1 fue inadecuada, por lo que solicitó la intervención de este Organismo Nacional para la investigación de los hechos.



II. EVIDENCIAS

8. Oficio SSDF/D/HPM/525/2019, de 23 de diciembre de 2019, por el cual se rinde un informe de la atención que recibió V1 en el HEZ y HPM ambos dependientes de la SEDESA, además del resumen y el expediente clínico; en los que destacan las siguientes constancias:

- 8.1 Hoja de consentimiento informado de V1 para procedimiento y tratamiento en el HEZ, de 2 de mayo de 2019, suscrita por AR1.
- 8.2 Nota inicial del servicio de urgencias de V1 en el HEZ, de 3 de mayo de 2019, a las 02:30 suscrita por AR1.
- 8.3 Nota médica del servicio de urgencias de V1 en el HEZ, de 3 de mayo de 2019, suscrito por AR2 en la que asentó que solicitó al familiar del paciente salbutamol porque la farmacia del hospital no contaba con ese medicamento.
- 8.4 Nota médica del servicio de urgencias de V1 en el HEZ, de 3 de mayo de 2019, suscrito por AR3.
- 8.5 Nota médica del servicio de urgencias de V1 en el HEZ, de 4 de mayo de 2019, suscrito por AR4.
- 8.6 Nota de egreso y resumen clínico de V1 en el HEZ, de 4 de mayo de 2019, suscrito por AR4, mediante el cual solicitó radiografía de tórax portátil urgente, agregando que no contaban con personal de rayos x ese día.
- 8.7 Hoja de Sistema de referencia de V1, de 4 de mayo de 2019, suscrito por AR4.
- 8.8 Nota de ingreso y evolución en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del HPM, de 4 de marzo de 2019, a las 18:00 horas, suscrito por AR5 y AR6.



- 8.9** Nota de alta del HPM, donde se refirió que el ingreso fue el 4 de mayo y el egreso el 11 de junio de 2019, sin fecha de elaboración, nombre ni número de cédula profesional del médico que elabora.
- 8.10** Nota de ingreso de V1 a Medicina Interna del HPM, de 8 de mayo de 2019, a las 13:20 horas, suscrito por AR7.
- 8.11** Nota de evolución de V1 en Medicina Interna del HPM, de 8 de mayo de 2019, a las 21:30 horas, suscrito por AR8.
- 8.12** Nota de evolución de V1 en Medicina Interna del HPM, de 9 de mayo de 2019, a las 09:20 horas, suscrito por AR9.
- 8.13** Nota de evolución de V1 en Medicina Interna del HPM, de 9 de mayo de 2019, a las 20:40 horas, suscrito por AR8.
- 8.14** Nota de reingreso de V1 en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del HPM, de 22 de mayo de 2019, a las 16:00 horas, suscrito por AR10.
- 8.15** Nota de recepción a Medicina Interna del HPM, de 26 de mayo de 2019, a las 14:00 horas, suscrito por AR11.
- 8.16** Nota de evolución en Medicina Interna del HPM, de 27 de mayo de 2019, a las 09:15 horas, suscrito por AR9.
- 9.** Escrito de queja de Q1 recibido el 17 de julio de 2019, en esta Comisión Nacional, en el cual expuso las irregularidades relativas a la atención médica otorgada a V1 en el IMSS.
- 10.** Correo electrónico de fecha 17 de julio de 2019, en donde este Organismo Nacional solicitó al IMSS la colaboración y brindar la atención a V1 que solicitó el quejoso.

11. Oficio 095217614C21/3734, de 17 de diciembre de 2019, por el que el IMSS remitió informe suscrito por el Director y Jefa de Pediatría del HGZ53, a través del cual refirieron el estado de salud de V1 en su ingreso y la atención que le proporcionaron del 11 al 20 de junio de 2019, de lo que destacan las siguientes constancias:

11.1 Triage¹ y nota inicial del servicio de urgencias de V1, de 11 de junio de 2019, de las 23:55 horas.

11.2 Hoja de historia clínica pediátrica de V1 en el HGZ53, de 12 de junio de 2019.

11.3 Nota médica de valoración nocturna de 12 de junio de 2019 a las 18:30 horas suscritas por PSP2.

11.4 Nota médica de evolución, de fecha 13 de junio de 2019 a las 9:00 horas, suscrita por PSP3.

11.5 Nota de evolución nocturna de V1, de 13 de junio de 2019 a las 23:00 horas, en la que consta que se le indicó inmunoglobulina a la paciente, sin embargo, esto resulta imposible porque en ese momento no contaban con él.

11.6 Nota médica agregada sin fecha, de las 11:45 horas, suscrita por PSP4.

11.7 Nota médica de evolución de fecha 14 de junio de 2019 a las 10:30 horas, suscrita por PSP4.

11.8 Nota médica de revisión y actualización, de fecha 17 de junio de 2019, a las 9:00 horas, suscrita por PSP4.

11.9 Nota médica de evolución, de fecha 19 de junio de 2019 a las 9:00 horas, suscrita por PSP4.

¹ Sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias.



11.10 Certificado de nacimiento de V1, de fecha 14 de julio de 2017, expedido por la SEDESA.

11.11 Certificado de defunción de V1 elaborado a las 19:00 horas del 2 de noviembre de 2020 expedido por la SEDESA, en el que se asentó como causa de defunción *tumor teratoide atípico*.

12. Oficio 095217614C21/3825, de 27 de diciembre de 2019, mediante el cual el IMSS remitió copia del expediente clínico de V1 integrado en La Raza, del que se destacan las siguientes constancias:

12.1 Nota de ingreso al servicio de Admisión Continua de Pediatría, de 20 de junio de 2019, a las 19:00:44 horas, suscrita por personal médico que carece de nombre y firma.

12.2 Nota de Evolución Matutina de 21 de junio de 2019, a las 12:05 horas, suscrita por PSP5.

12.3 Nota de ingreso a Gastroenterología Pediátrica de 22 de junio de 2019, a las 15:00 horas, la cual no cuenta con el nombre ni firma del médico adscrito al servicio.

12.4 Nota de evolución de Gastropediatría de 24 de junio de 2019, a las 10:00 horas, suscrita por PSP6.

12.5 Nota de evolución y gravedad de 25 de junio de 2019, a las 10:00 horas, suscrita por PSP6.

12.6 Nota de evolución nocturna de Gastropediatría de 26 de junio de 2019, a las 21:00 horas, suscrita por PSP7.

12.7 Nota de evolución de Neurología Pediátrica de 27 de junio de 2019, de las 10:33 horas, suscrita por PSP8.

12.8 Nota de evolución de Gastroenterología Pediátrica de 28 de junio de 2019, a las 16:00 horas, suscrita por PSP7.

12.9 Nota de evolución de Gastropediatria de 30 de junio de 2019, a las 12:00 horas, sin firma de médico adscrito.

12.10 Nota de evolución de Gastropediatria de 1 de julio de 2019, a las 09:00 horas, suscrita por AR12.

12.11 Nota de Gastropediatria, de 4 de julio de 2019, a las 02:20 sin firma.

12.12 Nota de egreso del servicio de Gastroenterología Pediátrica de 4 de julio de 2019, suscrita por AR12.

12.13 Nota de evolución vespertina en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica de 4 de julio de 2019, a las 16:50 horas, suscrita por AR13.

12.14 Nota de evolución matutina en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica de 4 de julio de 2019, a las 01:50 horas, suscrita por PSP9.

12.15 Nota de evolución matutina en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica de 9 de julio de 2019, a las 10:00 horas, suscrita por PSP12

12.16 Nota de evolución de Terapia Intensiva Pediátrica de 10 de julio de 2019, a las 18:30 horas, en la que se solicita que V1 fuera valorada por el servicio de Neurología, además de que persistió con dificultad y ruidos respiratorios anormales, suscrita por AR13.

12.17 Nota de valoración de Neurología Pediátrica de 11 de julio de 2019, a las 13:00 horas en la cual se determina que V1 cursaba con múltiples antecedentes de relevancia neurológica, suscrita por AR14.

12.18 Hoja de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica en el servicio de cirugía pediátrica a V1, de 19 de julio de 2019, a las 15:00 horas, para funduplicatura, gastrostomía y traqueostomía, bajo anestesia general.

12.19 Nota de Neurología Pediátrica de V1, de 30 de julio de 2019, suscrita por PSP13.

12.20 Nota de valoración por el área de Neurología Pediátrica, de 21 de julio de 2019, de las 12:30 horas, en la que se asentó que V1 cursaba con síndrome de abstinencia de 24 horas de evolución, suscrita por AR15.

12.21 Nota de valoración de V1 por el área de Neurología Pediátrica, de 22 de julio de 2019, a las 13:10 horas, suscrita por AR17.

12.22 Nota de evolución de Terapia Intensiva Pediátrica, de 30 de julio de 2019, a las 10:30 horas, en donde se solicitó que V1 fuera revalorada por el servicio de neurología.

12.23 Nota de Evolución vespertina de V1 en Terapia Intensiva Pediátrica de 5 de agosto de 2019, a las 17:00 horas, suscrita por AR13.

12.24 Nota de Valoración de V1 en Neumología pediátrica de 11 de agosto de 2019, a las 12:10 horas, suscrita por médica adscrita al servicio de terapia intensiva.



- 12.25** Nota de Valoración en Neurocirugía Pediátrica a V1, de 14 de agosto de 2019, a las 18:50 horas, suscrita por PSP14.
- 12.26** Nota de Valoración de Neurología Pediátrica a V1, de 14 de agosto de 2019, a las 18:30, elaborada por PSP15 y PSP10.
- 12.27** Nota de Interconsulta de V1 en la especialidad de Terapia Intensiva, de 14 de agosto de 2019, elaborada por AR13.
- 12.28** Nota de Evolución Matutina de V1 en el área de Oncología Pediátrica de 15 de agosto de 2019, a las 14:12 horas, suscrita por PSP12.
- 12.29** Nota de Evolución de V1 elaborada por personal de Terapia Intensiva de 21 de agosto de 2019, de las 04:10 horas, la cual carece de nombre y firma.
- 12.30** Nota médica de recepción y evolución de 22 de agosto de 2019 elaborada a las 21:07 horas, sin nombre ni firma del médico que la elaboró.
- 12.31** Nota médica de egreso y traslado de V1 al HGZ53, de 31 de octubre de 2019, elaborada por PSP12.
- 12.32** Nota médica de ingreso a piso de Pediatría del HGZ53 de fecha 31 de octubre de 2019, suscrita por PSP11.
- 13.** Acta circunstanciada de fecha 7 de noviembre de 2019, en la que se hizo constar la llamada telefónica efectuada por personal de este Organismo Nacional a V2, quien abundó sobre la atención médica brindada a V1.
- 14.** Oficio 095217614C21/3535, de 6 de diciembre de 2019, mediante el cual el IMSS remitió copia del informe y memorándum No. UP/292/19 del Hospital General Dr.



Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, en atención al requerimiento formulado por esta Comisión.

15. Opinión médica de 29 de noviembre 2021, emitida por una profesional en medicina forense adscrita a este Organismo Nacional.

16. Acta circunstanciada de 2 de diciembre de 2021, en la que se asentó la comunicación telefónica sostenida con V2, a quien se le hizo de su conocimiento las conclusiones de la opinión médica.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación no se cuenta con constancia alguna de que se hubiese iniciado Carpeta de Investigación ni Queja Administrativa ante el OIC en el IMSS, relacionadas con los hechos materia de este instrumento recomendatorio.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

18. En atención a los hechos mencionados, al análisis de las evidencias contenidas en el expediente CNDH/4/2019/7512/Q y de conformidad al artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes que acreditan la violación a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida e interés superior de la niñez y a la integridad personal en agravio de V1; de acuerdo con las siguientes consideraciones:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

19. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 1º, establece que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en ésta y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano es parte, así como de las garantías para su protección.

20. También señala que las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con la misma Constitución y con los tratados internacionales de la materia, favoreciendo en todo momento a las personas la protección más amplia, y las autoridades en el ámbito de sus competencias están obligadas a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos.

21. Específicamente, la protección de la salud es un derecho humano que se encuentra previsto en el artículo 4, párrafo cuarto, de la CPEUM. Y, acorde con lo expuesto en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no es sólo la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

22. De igual modo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, en su artículo 12 señala que: “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”, y reconoce el derecho al más alto nivel posible de salud. Además, considera que el Estado y las Instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud².

23. Ahora bien, el mencionado artículo 4º de la Constitución Federal, en su párrafo noveno, ordena que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos, entre éstos, está el derecho a la protección de la salud.

² “[...] el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir [...] La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud.” ONU.



A.1. Deficiente e inadecuada atención médica de V1 en el HEZ, perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

24. El presente asunto versa sobre la atención médica otorgada por la SEDESA y el IMSS a V1, menor de 2 años que presentó alteraciones clínicas que ameritaron atención médica a partir del día 30 de abril de 2019, por haber padecido fiebre de 38°C, sin otros síntomas, siendo el caso que V2 le suministró para ello analgésicos/antipiréticos sin mejoría, agregándose la presencia de tos y signos de dificultad respiratoria que no mejoraron.

25. Debido a ello, el día 03 de mayo de 2019 a las 02:30 horas, V1 fue llevada por V2 al servicio de urgencias del HEZ, siendo atendida por AR1, quien documentó sus antecedentes, estableciendo que era alérgica a la penicilina; no había cursado con hospitalizaciones previas, contaba con un esquema de vacunación completo para su edad y refirió que no padecía enfermedades crónicas importantes.

26. AR1 realizó la revisión y exploración física, asentando que V1 tenía un peso de 8 kilogramos y 77 centímetros de talla, los cuales para su edad eran bajos y, de acuerdo a la tabla de referencia para valorar peso en niñas menores de cinco años de la **NOM-031-SSA2-1999**, tenía una desnutrición grave, debiendo pesar 11.4 kilogramos; asimismo conforme a su edad y a la tabla de referencia para valorar talla en niñas, de la citada Norma Oficial, debía tener una talla de 83.8 centímetros, siendo menor la de ella.

27. De lo anterior, se observa que además de su padecimiento respiratorio cursaba con alteraciones del crecimiento, lo cual es relevante ya que la **Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en las/los Pacientes de 3 meses a 18 años en el Primero y Segundo Nivel de Atención México**, menciona que el riesgo de muerte por neumonía está asociado con desnutrición y se debe considerar un tumor del sistema nervioso central en cualquier paciente que presente alteraciones del crecimiento de acuerdo a la **Guía de Práctica**

Diagnóstico y tratamiento inicial de tumores de sistema nervioso central en pacientes pediátricos en primer y segundo nivel de atención.

28. En la ***Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en las/los Pacientes de 3 meses a 18 años en el Primero y Segundo Nivel de Atención***, se recomienda la toma de hemocultivo a pacientes con estado tóxico, con neumonía adquirida en la comunidad moderada o grave y evolución tórpida, como en el caso que nos ocupa, puesto que V1 tenía el antecedente haber sido tratada con antibiótico sin adecuada respuesta, también recomienda que en niveles de hipoxia menores a 92% se considere otro nivel de atención y administrar oxígeno suplementario por puntas nasales, para mantener una saturación por arriba de dicho parámetro.

29. Además, recomienda el uso de micronebulizaciones hasta que haya evidencia que sustente su beneficio, como se indicaron en su caso; estas recomendaciones no fueron atendidas por AR1 a pesar del antecedente de dos días de evolución del padecimiento sin respuesta a tratamiento antibiótico, falta de atención integral que en su caso incrementaron su riesgo de complicación y morbimortalidad, por lo que dicha atención no fue completa, oportuna y adecuada.

30. Al no tener V1 una respuesta adecuada al tratamiento inicial, AR1 debió investigar el microorganismo causal de la infección que cursaba V1, por lo que debió enviarla a evaluación por experto de segunda especialidad para la realización de pruebas diagnósticas como broncoscopia, cepillado bronquial, aspiración percutánea y toma de biopsia, como lo establece la Guía antes mencionada, por lo que debió estabilizarse a V1 y referirse de manera inmediata para su atención especializada.

31. El 3 de mayo de 2019, AR2 estableció haber encontrado a la menor de edad en sus primeras 12 horas de hospitalización, con signos de dificultad respiratoria caracterizados por tiros intercostales bajos, disociación toraco abdominal y espasmo

bronquial generalizado, hallazgos por los cuales solicitó a V2 salbutamol porque la farmacia del hospital no contaba con ese medicamento.

32. Con los hallazgos en la exploración que realizó AR1 omitió considerar que V1 cursaba con falta de respuesta al tratamiento y con criterios de referencia e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pediátricos, tales como signos de dificultad respiratoria e hipoxemia o saturación de oxígeno menor o igual a 92% a pesar del aporte de oxígeno, como lo recomienda la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en las/los Pacientes de 3 meses a 18 años en el Primero y Segundo Nivel de Atención*, omisiones que sí se relacionan con las complicaciones que presentó V1 e incrementaron su riesgo de morbilidad y mortalidad.

33. En su nota médica de la fecha señalada arriba, AR3 describió los padecimientos mencionados que el párrafo que antecede y agregó que radiológicamente presentaba condensación basal derecha³ y parámetros de sepsis⁴, por lo que integró otro antibiótico a su manejo (vancomicina), omitiendo solicitar su referencia y envió a la Unidad de Cuidados Intensivos, ante los parámetros de hipoxemia⁵ como lo recomienda la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en las/los Pacientes de 3 meses a 18 años en el Primero y Segundo Nivel de Atención*, incrementando con dicha omisión su índice de morbimortalidad.

34. La importancia de estas acciones radica en que AR3 no consideró que una falla en el intercambio gaseoso es fundamental para mantener una adecuada función celular y la vida, por lo que era indispensable reconocer rápidamente la causa y aplicar las medidas de soporte básico y avanzado en forma eficiente, omitiendo identificar dicha condición de riesgo y enviar a V1 de manera inmediata a la Unidad de Cuidados

³ Relleno por líquido o exudado que ocurre por la inflamación del pulmón que compromete a los alvéolos. Epidemiología: La etiología más común de **síndrome de condensación** es la neumonía (inflamación alveolar secundaria a la infección por microorganismos). Disponible en: emiologia.med.uchile.cl/respiratorio/sindrome-de-condensacion/.

⁴ La **sepsis** es un síndrome **clínico** de disfunción de órganos potencialmente letal causada por una respuesta desregulada a la infección. Tomado de: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/sepsis-y-shock-s%C3%A9ptico/sepsis-y-shock-s%C3%A9ptico>

⁵ Afección que se presenta cuando no hay suficiente oxígeno en la sangre. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/hipoxemia>



Intensivos y solicitar valoración por neumología, para disminuir su riesgo de complicaciones y evitar la progresión del daño pulmonar.

35. El 4 de mayo de 2019, AR4 al encontrar a V1 en muy malas condiciones generales, solicitó radiografía de tórax portátil urgente, agregando que no contaban con personal de Rayos X ese día, lo cual permitió la progresión del daño pulmonar, que por ende, incrementó su riesgo de morbilidad y mortalidad de V1, además quedó demostrado que el HEZ no contaba con los recursos suficientes e idóneos para la atención de V1, como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

36. Cabe hacer mención que la condición de V1 desde su ingreso al HEZ fue grave y ameritaba valoración especializada por los servicios de neumología y la Unidad de Cuidados Intensivos como lo recomienda la multicitada Guía; no obstante AR1, AR2, AR3 y AR4, quienes la atendieron solamente estabilizando su condición por más de 24 horas, permitieron la progresión del daño pulmonar, lo que incrementó su riesgo de morbilidad y mortalidad.

37. Finalmente, AR4 solicitó enviar a V1 al servicio de urgencias de HPM porque cursaba con anemia, dificultad respiratoria secundaria a neumonía adquirida en la comunidad, desnutrición moderada e hipotrofia; en el HPM fue aceptada en el servicio de terapia intensiva.

A.2. Deficiente e inadecuada atención médica de V1 en el del HPM, perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, así como deficiencia en la infraestructura del mismo.

38. El 4 de mayo de 2019, V1 ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva del HPM, sin embargo, no obra en las documentales en estudio, el reporte del traslado en ambulancia en donde AR5 se puso al tanto de los antecedentes de la paciente. Al respecto, de la valoración realizada por AR5 se observó que fue omiso en analizar el desarrollo

psicomotriz de V1 y que aún no tenía control de esfínteres ya que en ese momento V1 pesaba 7.56 kilogramos y tenía una talla de 77 centímetros, ambos parámetros muy por debajo de lo ideal para su edad.

39. Sin embargo, en ese momento V1 aún no contaba con el diagnóstico de un Trastorno Específico del Desarrollo Psicomotor, como lo establece la *Guía de Práctica Clínica Detección del Trastorno Específico del Desarrollo Psicomotor en Niños de 0 a 3 años*, por lo que debía ser valorada por la especialidad de Neuropsicología o un médico pediatra con adiestramiento en pruebas específicas para detectar parálisis cerebral, retraso mental, trastornos metabólicos entre otros, como lo recomienda la citada Guía de Práctica Clínica.

40. Asimismo, en la hoja de indicaciones hospitalarias de procedencia, se le prescribió un anticonvulsivante (fenitoína) y en la nota de envío no se mencionó dicho manejo, además de que se describió haberla enviado con pupilas simétricas y con adecuada respuesta a la luz, sin embargo, estableció AR5 que posteriormente se le informó de manera verbal, vía telefónica que, presentó un evento convulsivo sin especificar duración y características.

41. AR5 solicitó que se le realizara a V1 tomografía de cráneo por haberla encontrado con alteraciones neurológicas agudas, sin embargo, omitió solicitar valoración por el servicio de neurología, porque además presentaba alteraciones del crecimiento, que de acuerdo a la *Guía de Práctica Diagnóstico y tratamiento inicial de tumores de sistema nervioso central en pacientes pediátricos en primer y segundo nivel de atención* son alteraciones neurológicas que pueden estar asociadas a tumores del Sistema Nervioso Central.

42. Lo que no debe perderse de vista es que AR5 omitió solicitar la referencia inmediata de V1 al tercer nivel de atención o realizar un estudio de imagen en menos de dos semanas, como lo recomienda la citada guía de práctica clínica, porque no existe

evidencia de que durante su estancia en el HPM se le haya realizado algún estudio de imagen cerebral.

43. Además, otra alteración neurológica que presentó V1 fue asimetría pupilar, aunado a desnutrición crónica y antecedentes de alteraciones en la mecánica de la deglución, que son condiciones que también se asocian con desórdenes neurológicos, por lo cual se reitera que V1 presentó múltiples alteraciones de este tipo que ameritaban valoración por el servicio de neurología pediátrica, con base en la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niñas, niños y adolescentes*, la cual recomienda realizar una exploración neurológica dirigida a la búsqueda de signos de hipertensión intracraneal, irritación meníngea, déficit neurológico focal u otra urgencia neurológica; no obstante, AR5 no permitió descartar oportunamente un trastorno neurológico que sí padecía V1 e incrementó su riesgo de mortalidad.

44. AR6, asistente de la Dirección, valoró a V1 describiendo que la encontró con las mismas condiciones neurológicas alteradas, lo cual es una emergencia extrema que sí ameritaba valoración por el servicio de neurología pediátrica, sin embargo, en ese momento tampoco lo solicitó y tenía la obligación de hacerlo, siendo omisa; por lo que se determina que la atención a la menor de edad no fue oportuna y adecuada, omitiendo agotar los recursos diagnósticos para descartar que cursara con un padecimiento neurológico.

45. De igual forma, AR6 mencionó que no se había logrado realizar enlace para que se le realizara a V1 tomografía y se volvería a solicitar con el fin de descartar edema cerebral, sin haber considerado solicitar que fuera valorada por el servicio de neurología pediátrica y de no contar con el recurso, enviarla al siguiente nivel de atención como lo recomienda la *Guía de Práctica Diagnóstico y tratamiento inicial de tumores de sistema nervioso central en pacientes pediátricos en primer y segundo nivel de atención*.

46. El 08 de mayo de 2019, V1 ingresó al servicio de Medicina Interna, recibiendo atención por AR7, quien describió haberla recibido procedente del servicio de terapia

intensiva con los diagnósticos de neumonía adquirida en la comunidad, dificultad respiratoria remitida, crisis convulsiva única y desnutrición crónica agudizada.

47. Los signos de choque con los que ingresó V1 al servicio de terapia intensiva remitieron; sin embargo, aún requería de aporte de oxígeno por medio de mascarilla para permanecer estable y por la falta de resultados de estudios de laboratorio recientes, no era posible determinar si el proceso infeccioso había sanado completamente; ante lo cual, AR7 determinó que continuaría en vigilancia del patrón respiratorio, sin considerar la crisis convulsiva y la desnutrición como señales alarmantes, además de los antecedentes neurológicos de V1 sin complementar su atención con estudios de imagen cerebral y valoración por servicio de neurología, como lo recomiendan la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niñas, niños y adolescentes*, y la *Guía de Práctica Diagnóstico y tratamiento inicial de tumores de sistema nervioso central en pacientes pediátricos en primer y segundo nivel de atención*, haciendo que V1 no tuviera un diagnóstico adecuado y oportuno, situación que aumentó su riesgo de morbilidad y mortalidad.

48. El servicio de Terapia Intensiva trató de corregir la inestabilidad hemodinámica, que puso en peligro su vida, sin embargo V1 ingresó clínicamente con múltiples alteraciones a nivel respiratorio, digestivo y neurológico que ameritaban atención médica integral y multidisciplinaria por los servicios de neumología, gastroenterología y neurología pediátrica, para determinar por medio de estudios especializados la causa de su desnutrición, anemia, alteraciones en la mecánica de la deglución, crisis convulsiva y anisocoria (tamaño desigual de las pupilas), porque persistía con alteraciones respiratorias que de no remitir, aunadas a su deterioro crónico, incrementarían su índice de morbilidad y mortalidad; por todo lo cual, se determina que hasta ese momento su manejo no fue adecuado y oportuno.

49. El 09 de mayo de 2019, AR9 otorgó atención médica a V1, sin embargo, esta no fue integral ni de calidad, ya que a pesar de haberla encontrado con un pico febril que reflejaba mala respuesta al tratamiento, fue omisa y no se consideró descartar otra

patología como causa de fiebre, por lo que con ello incrementó el riesgo de morbilidad y mortalidad.

50. En la misma fecha, AR8 solicitó se le realizara a V1 un electroencefalograma, pero la crisis convulsiva como alteración neurológica no estaba aislada, ya que también tenía el antecedente de haber presentado pupilas asimétricas, reflujo gastroesofágico y neumonía, que por su antecedente podía estar relacionada con alteraciones en la mecánica de la deglución y del crecimiento que ameritaban valoración especializada por neumología y neurológica, omitiendo referirla a un tercer nivel de atención como lo recomienda la *Guía de Práctica Diagnóstico y tratamiento inicial de tumores de sistema nervioso central en pacientes pediátricos en primer y segundo nivel de atención*, por lo que se determina que su valoración médica no fue adecuada e incrementó su riesgo de mortalidad.

51. El 22 de mayo de 2019, AR10 indicó mantener a V1 bajo tratamiento antibiótico a base de vancomicina, antipirético (paracetamol) y cultivos de orina y sangre a nivel central para determinar al agente causal de la infección, omitiendo considerar que un proceso inflamatorio a nivel pulmonar no es únicamente debido a un virus o bacterias adquiridos en la comunidad y, de acuerdo con la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Neumonitis por Aspiración de Alimento en Niños*, la neumonitis por aspiración de alimentos se presenta a causa de aspiración de algún material ya sea sólido o líquido como consecuencia de reflujo gastroesofágico, trastornos de la deglución, daño neurológico y anomalías estructurales, lo cual en el caso de V1 no se había sospechado y para el cual sí contaba con factores de riesgo y debía confirmarse o descartarse porque no presentó mejoría después de 72 horas de tratamiento.

52. AR10 no sospechó y descartó otros padecimientos por medio de una valoración neurológica especializada, omitiendo referir a V1 a los servicios de neumología, gastroenterología y neurología pediátricas como lo recomienda la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Neumonitis por Aspiración de Alimento en Niños en México*.

53. El 26 de mayo de 2019, AR11 atendió a V1 en el servicio de Medicina Interna, aún bajo tratamiento anticonvulsivante a base de valproato de magnesio, habiendo sido valorada por el servicio de genética, descartando que cursara con algún síndrome específico, sin embargo, no consideró que V1 contaba con diversos factores de riesgo y que necesitaba una valoración neurológica especializada, omitiendo referirla a los servicios de neumología y gastroenterología.

54. Hasta ese momento se le otorgó a V1 tratamiento médico para corregir los signos y síntomas relacionados con un proceso infeccioso a nivel pulmonar y urinario a base de antibióticos de amplio espectro, pero no se había determinado la causa de su padecimiento, ya que persistía con signos clínicos de parámetros de laboratorio compatibles con una respuesta inflamatoria sistémica, tales como fiebre, anemia y leucocitosis, omitiendo solicitar que fuera valorada por el servicio de neumología, gastroenterología y neurología pediátrica para descartar que cursara con una neumonitis por aspiración, como lo recomienda *la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Neumonitis por Aspiración de Alimento en Niños*, omisión que sí incremento su riesgo de mortalidad.

55. El 27 de mayo de 2019, AR9 reportó haber encontrado a V1 clínicamente irritable por hambre y a nivel pulmonar persistía un ruido similar a cuando se escucha a una persona respirar con una obstrucción del flujo de aire en la tráquea en área pulmonar derecha. Mencionó que se efectuó en el Hospital Balbuena un Ultrasonido Renal, informándoles de manera verbal que cursaba con anomalía, sin ser especificada; así mismo se le realizó tomografía pulmonar por dicha anomalía no especificada; radiológicamente compatible con atelectasia derecha, que es el colapso de una región pulmonar; la cual, de acuerdo con la bibliografía medica es consecuencia de diferentes trastornos pulmonares o extrapulmonares, por lo que dicho hallazgo no es una enfermedad sino la manifestación de una patología pulmonar subyacente. Al percatarse AR9 de lo anterior, no solicitó que V1 fuera valorada por los servicios de neumología, gastroenterología y neurología, omisión que incrementó su riesgo de mortalidad.



56. Habían transcurrido 23 días desde su ingreso al HPM y V1 persistía con un proceso inflamatorio sistémico, con un foco de inflamación y/o infección clínica y radiológicamente localizada a nivel pulmonar, que había sido tratada con antibióticos de amplio espectro sin lograr su remisión; en ese momento ya con complicaciones pulmonares por el colapso parcial de un segmento pulmonar derecho, que no había sido valorado y manejado por el servicio de neumología, omitiendo descartar que cursara con una neumonitis por aspiración.

57. El 11 de junio de 2019, conforme a la nota de alta, se determinó que la menor egresó de ese nosocomio con los diagnósticos de infección de vías urinarias tratada y remitida, dificultad respiratoria secundaria moderada en tratamiento, fiebre asociada a catéter central en remisión, neumonía asociada a cuidados de la salud en tratamiento, conjuntivitis probablemente bacteriana tratada y remitida, crisis convulsiva en estudio, anemia resuelta, desnutrición crónica agudizada, hipertensión pulmonar, probable fibrosis quística y enfermedad por reflujo gastroesofágico.

58. La opinión médica de la especialista de este Organismo Nacional, determinó que la atención médica otorgada a V1 en el HPM, fue paliativa, encaminada a mantenerla sin crisis convulsivas y hemo-dinámicamente estable, por medio de la prescripción de fármacos anticonvulsivos, líquidos por vía parenteral, antibióticos y antipiréticos, sin haber agotado los métodos de diagnósticos para determinar la causa de la neumonía persistente que padecía, descartando que fuera secundaria a una neumonitis por aspiración; en su caso relacionada con alguna alteración neurológica, ante la presencia de otros factores de riesgo como una crisis convulsiva y alteraciones del crecimiento, como lo recomienda la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Neumonitis por Aspiración de Alimento en Niños*, por medio de la valoración especializada por los servicio de neumología, gastroenterología y neurología pediátrica. Por lo cual, se determina que su valoración y manejo no fueron integrales, adecuados y oportunos e incrementaron su riesgo de morbilidad y mortalidad.

A.3. Atención médica de V1 en el HGZ53, perteneciente al IMSS, en la Ciudad de México, así como deficiencia en la infraestructura de este.

59. El 11 de junio de 2019, V1 ingresó al servicio de urgencias del HGZ53, siendo atendida por PSP1. No se cuenta con el reporte médico de traslado en ambulancia, por lo que no es posible determinar si este se llevó a cabo de forma adecuada y sin contratiempos.

60. La atención médica otorgada a V1 por parte de PSP1, PSP2, PSP3 y PSP4 del HGZ53, fue adecuada, porque desde su ingreso a hospitalización, ante el proceso inflamatorio pulmonar sospecharon que cursaba con neumonitis por broncoaspiración que fue confirmada por medio de una serie radiológica esófago-gastroduodenal, manteniendo a la paciente en ayuno, con tratamiento farmacológico antirreflujo y, solicitaron su envío al servicio de cirugía, neumología y neurología pediátrica en el siguiente nivel de atención, con el fin de otorgarle tratamiento definitivo como lo recomienda la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Neumonitis por Aspiración de Alimentos en Niños México*.

61. El 19 de junio de 2021, clínicamente encontraron a V1 persistiendo con dificultad respiratoria evidente por tiraje intercostal leve y estertores diseminados, entonces se confirmó que se contaba con ambulancia para realizar el traslado de la paciente al siguiente nivel de atención.

A.4. Inadecuada atención médica brindada a V1 en La Raza, perteneciente al IMSS, en la Ciudad de México, así como deficiencia en la infraestructura de éste.

62. V1 fue trasladada a La Raza el 20 de junio de 2019; el reporte médico de traslado en ambulancia no forma parte del expediente clínico en estudio, por lo cual no es posible determinar si esta se realizó de manera adecuada o con inconvenientes.

63. V1 ingresó al servicio de Admisión Continua de Pediatría con los diagnósticos de: insuficiencia respiratoria crónica, desnutrición, enfermedad por reflujo gastroesofágico,



probable alteración en la mecánica de la deglución, neumopatía por aspiración, crisis convulsivas remitidas y anemia, por lo cual sería valorada por el servicio de gastro-pediatria y neumología.

64. El 21 de junio de 2019, PSP5 describió que V1 fue valorada por el servicio de gastroenterología, donde se determinó continuar con el protocolo de estudios para realizar su diagnóstico y colocarle sonda de Tugsteno; dicho manejo sí estaba indicado en V1, sin embargo, por sus alteraciones respiratorias no fue posible su colocación ya que V1 cursaba con una neumopatía crónica secundaria a aspiración, cuya causa de manera inadecuada no fue diagnosticada oportunamente en el HPM; por lo que en ese momento ya contaba con secuelas pulmonares que limitaban su manejo y estudio, e incrementaban su riesgo de morbilidad y mortalidad. Complicaciones pulmonares que impidieron en ese momento que se le colocara una sonda para evitar el reflujo gastroesofágico que le condicionaría mayor daño pulmonar.

65. El 26 de junio de 2019, PSP7 inició con V1 un aporte de nutrición parenteral total de 50%, por no haber tolerado la alimentación por vía digestiva, y para complementar su estudio adecuadamente, se le realizó electroencefalograma, para ser valorada por neurología, así mismo se le realizó gammagrama de vaciamiento gástrico, toma de inmunoglobulinas con interconsulta a inmunología y alergias y como lo recomienda la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico y de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pediatría en el primer y segundo nivel de atención*, se programaría para endoscopia con el fin de descartar otras alteraciones ante el problema de reflujo, como esofagitis⁶, enfermedad de Crohn⁷ y esófago de Barret⁸.

⁶ Inflamación que puede dañar los tejidos del esófago, que es el tubo muscular que hace transitar la comida desde la boca hasta el estómago. Ver: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/esophagitis/symptoms-causes/>

⁷ Es una afección por la cual resultan inflamadas partes del tubo digestivo. Ver: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000249.htm>

⁸ Afección en la que el revestimiento plano y rosado del esófago que conecta la boca con el estómago se daña por el reflujo ácido, lo que hace que el revestimiento se engrose y se vuelva rojo. Ver: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/barretts-esophagus/symptoms-causes/syc-20352841>

66. El 27 de junio de 2019, AR12 del servicio de gastroenterología pediátrica solicitó por medio de interconsulta que la paciente fuera valorada por el servicio de neurología, porque cursaba con el antecedente de haber presentado crisis convulsiva tónico clónica generalizada, durante su hospitalización en mayo, por lo que se impregnó y manejó con anticonvulsivos desde entonces.

67. El mismo 27 de junio de 2019, PSP8 encontró a V1 con baja respuesta al medio y a los estímulos (hipoactiva e hiporreactiva), atrófica, con fuerza muscular que vencía la gravedad y reflejos disminuidos, hallazgos ante los cuales determinó que por sus antecedentes cursó con evento hipóxico⁹ y crisis convulsiva tónico clónica¹⁰ que se manejó con antiepiléptico sin nuevo evento y por el resultado electroencefalograma la encontró sin actividad paroxística por lo cual indicó retirar tratamiento antiepiléptico y ante nueva crisis convulsiva valorar reinicio del tratamiento y por la presencia de temblor en miembro torácico derecho y el antecedente de hipoxia con apego a lo que recomienda la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niñas, niños y adolescentes* solicitó se le realizara Tomografía de cráneo y se enviara a la consulta de externa de neurología pediátrica con el resultado del estudio.

68. Como parte del expediente en estudio, durante los siguientes días de estancia en ese servicio del 28 de junio al 04 de julio de 2019, no existe evidencia de que el personal médico del servicio de gastroenterología a cargo de la atención de V1 le haya realizado o solicitado tomografía de cráneo, como lo sugirió el servicio de neurología, omitiendo AR12 descartar que cursará con daño cerebral secundario a un estado hipóxico previo y/o alteraciones estructurales a ese nivel, incrementando con dicha omisión su riesgo de morbilidad y mortalidad.

⁹ La encefalopatía **hipóxico**-isquémica (EHI) es un cuadro anatomoclínico caracterizado por secuelas motoras y neuropsicológicas secundarias a la falta de oxígeno por cese de flujo sanguíneo cerebral. Ver: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-encefalopatia-hipoxico-isquemica-lesiones-resonancia-magnetica-S0213485310003348>

¹⁰ Es un tipo de convulsión que compromete todo el cuerpo. También se denomina convulsión de tipo gran mal. Los términos crisis o convulsión epiléptica o epilepsia, casi siempre están asociados con convulsiones tonicoclónicas generalizadas. Ver: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000695.htm>



69. El 1 de junio de 2019, AR12 del servicio de gastroenterología pediátrica omitió considerar que las alteraciones que ya se han mencionado en general que padecía V1 corresponden a malformaciones relacionadas con el retraso en el desarrollo neuromuscular, que en el caso de la menor si se relaciona con su talla y peso bajos, y retraso en su desarrollo físico y psicomotriz, sin que hasta ese momento fuera valorada por el servicio de neurología de manera integral, como lo establece el Manual de Exploración Neurológica para niños Menores de Cinco años en el primer y segundo nivel de Atención y con el resultado de estudios de imagen, tales como tomografía de cráneo o resonancia magnética, que dicha especialidad solicitó previamente para descartar que cursara con algún daño neurológico. Por lo que se reitera que ante sus múltiples alteraciones neurológicas, el personal médico a cargo de su atención no agotó los medios de diagnóstico oportunamente, para determinar la causa de su padecimiento.

70. El 04 de julio de 2017, AR12 y un médico residente realizaron la nota de egreso de gastroenterología pediátrica e ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva de V1 describiendo sus antecedentes y evolución de su padecimiento, sin fecha ni hora, por lo que se incumplió con la *NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico*. Describieron haber recibido a V1 en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, bajo una ligera sedación porque despertaba al estímulo verbal y abría los ojos por no más de 10 segundos, sin presencia de movimientos o posturas anormales, ni crisis convulsivas, iniciando su manejo con dexmedetomidina, que es otro sedante además de los antes mencionados, reportando que cursaba con sus primeras 16 horas bajo ventilación mecánica.

71. En la fecha antes mencionada, AR13, adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica reportó que se aisló *E Coli*¹¹ en secreción bronquial, por lo que solicitaría interconsulta con el servicio de infectología y broncoscopia para valoración integral con base en la *Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la*

¹¹ Bacteria *Escherichia Coli*, que se desarrolla en el tracto gastrointestinal de personas o animales.

Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, sin embargo, en el expediente se aprecia que esta no se solicitó. V1 en ese momento cursó con neumonía tardía asociada a la ventilación mecánica, para la cual tenía múltiples factores de riesgo tales como desnutrición, neumonitis o enfermedad pulmonar subyacente, estancia hospitalaria prolongada, reintubación y alimentación enteral y, por el antecedente de ser tratada con diferentes esquemas antibacterianos, fue adecuado solicitar su valoración por el servicio de infectología; sin embargo como se ha mencionado, ante sus múltiples alteraciones neurológicas relacionadas con la neumonitis, AR13 no continuó con el protocolo de estudios neurológicos, ni se solicitó valoración por neurología.

72. El 11 de julio de 2019, PSP9, del servicio de Terapia Intensiva Pediátrica mencionó haber encontrado a V1 sin sedación y baja respuesta al medio (hipoactiva), movimientos musculares rápidos e involuntarios en las extremidades superiores (mioclonías), por lo cual solicitó que fuera valorada por el servicio de neurología, además de que persistió a nivel pulmonar con signos de dificultad y ruidos respiratorios anormales.

73. El 11 de julio de 2019, V1 fue valorada por AR14 del servicio de neurología pediátrica, a quien se puso al tanto de sus antecedentes y después de realizarle una exploración física neurológica minuciosa, bajo efectos de sedación, determinó que la menor cursaba con múltiples antecedentes de relevancia neurológica, en ese momento con movimientos anormales sugestivos de crisis epilépticas focales motoras sin alteración de la conciencia o mioclonías focales, por lo cual consideró pertinente dejar tratamiento neuromodulador, además indicó tomar electroencefalograma y tomografía de encéfalo para valorar actividad bioeléctrica y estructura cerebral ante sus múltiples cuadros de broncoespasmo, con apego a lo que recomienda la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niñas, niños y adolescentes*; sin embargo, de manera inadecuada a pesar de que V1 no permaneció bajo ventilación mecánica durante los siguientes dos días, omitió completar su estudio con tomografía

de cráneo, con la cual se determinaría un diagnóstico certero, aumentando el riesgo de mortalidad.

74. El 19 de julio de 2019, V1 fue programada para funduplicatura, gastrostomía y traqueostomía, las cuales se realizaron bajo anestesia general sin complicaciones; este tratamiento fue adecuado pero no oportuno, ya que V1 cursaba con complicaciones crónicas graves e irreversibles, como hipertensión pulmonar, secundaria a una neumonitis que no fue sospechada, diagnosticada y atendida, habiendo transcurrido más de dos meses en hospitalización sin tratamiento definitivo que incrementó su riesgo de morbilidad y mortalidad.

75. El 21 de julio de 2019, AR15 y AR16 del servicio de neurología, valoraron a V1 porque tenía irritabilidad, temblor, diaforesis, taquicardia y, a pesar de haber sido tratada farmacológicamente con analgésicos cursaba con múltiples factores de riesgo neurológicos, omitieron realizar los estudios correspondientes para obtener un diagnóstico concreto.

76. En ese momento V1 permanecía con el antecedente de una crisis convulsiva, omitiendo realizar una valoración neurológica completa, que evaluara su estado de alerta, postura, perímetros cefálico, forma del cráneo, exploración de los nervios craneales, fuerza, tono y reflejos motores y sensibilidad, como lo establece el *Manual de Exploración Neurológica para niños Menores de Cinco años en el primer y segundo nivel de Atención*; asimismo ante dicho antecedente y la persistencia de un estado mental alterado, no se había descartado por medio de estudios de imagen, resonancia magnética o tomografía de cráneo –como se había solicitado previamente por su servicio–, que cursara con alteraciones estructurales a nivel cerebral y como lo recomienda la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niñas, niños y adolescentes*, por lo cual se determina que dicha valoración médica no fue adecuada e incrementó su riesgo de morbilidad y mortalidad.



77. El 22 de julio de 2019, AR17 del servicio de neurología pediátrica revaloró a V1 y describió que la encontró con suspensión de fentanilo de forma abrupta y no como lo sugirió su servicio, con descenso paulatino. No obstante, AR17 omitió solicitar, como se ha mencionado, conforme a sus antecedentes y múltiples alteraciones neurológicas que en ese momento estaban agravadas con movimientos anormales de la cabeza, estudios de imagen tales como resonancia magnética o tomografía de cráneo, para descartar que cursara con alteraciones estructurales a nivel cerebral, como lo recomienda la *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niñas, niños y adolescentes*, por lo cual se determina que dicha valoración médica no fue adecuada y sí incrementó el riesgo de morbilidad y mortalidad, al no determinar la causa de sus alteraciones neurológicas que incrementaron su riesgo de complicación generalizada.

78. Durante los siguientes días y hasta el 28 de julio de 2019, V1 permaneció inestable en la Unidad de Cuidados Intensivos, con alteraciones neurológicas caracterizadas por temblor fino distal en las extremidades, movimientos clónicos de la cabeza y parámetros gasométricos variables con reportes de acidosis respiratoria, que fueron tratados con ventilación mecánica y farmacológicamente en conjunto con la especialidad de clínica del dolor a base de dexmedetomidina, midazolam, morfina, lidocaína, ketamina, cisatracurio y valproato de magnesio, por haber determinado que cursaba con síndrome de supresión, sin haber agotado los métodos diagnósticos por medio de tomografía y resonancia magnética de cráneo para descartar por sus múltiples alteraciones neurológicas que cursara con daño cerebral secundario a sus múltiples cuadros de hipoxia y/o alteraciones estructurales a ese nivel.

79. El 14 de agosto de 2019, una médica de base y PSP10 del servicio de neurología, evaluaron a V1 describiendo que la encontraron con múltiples alteraciones neurológicas, sin sostener la cabeza, mirada central, con parálisis de la mirada a la derecha, movimientos oculares involuntarios horizontales, falta de tono o fuerza muscular generalizado, sin lograr sentarse, reflejos disminuidos a nivel global, marcado

temblor de extremidades superiores, discrepancia en la longitud de las extremidades sin ser específicas y con respuesta plantar indiferente.

80. Comentaron el resultado de la resonancia magnética de cráneo que se le realizó ese mismo día, la cual reportó una lesión ocupativa de fosa posterior, de aspecto no definido (heterogénea), localizada aparentemente en el cerebelo y que desplazaba hacia adelante al tallo cerebral, parte del encéfalo que está constituido por diferentes áreas entre ellas el bulbo raquídeo, en el cual se encuentran una serie importante de núcleos que controlan los ritmos respiratorio y cardiaco, el reflejo de deglución, tos, náusea, y vómito; además, ocluía el cuarto ventrículo, con la consecuente obstrucción de la circulación del líquido cefalorraquídeo que le provocó la acumulación del mismo en las cavidades del cerebro (hidrocefalia), tumoración que por su localización sí se asocia con las múltiples alteraciones respiratorias y digestivas que presentó V1.

81. El 14 de agosto de 2019, MR del servicio de neurocirugía pediátrica valoró a V1, sin que la nota médica cuente con el nombre del médico adscrito al servicio, por lo que es posible determinar que la valoración que realizó el MR no fue supervisada por el médico a cargo del servicio, incumpliendo con lo que señala la NOM-001-SSA3-2012, al respecto.

82. El 22 de agosto de 2019, en una nota médica, sin poder determinar de qué médico, porque la nota medica no cuenta con nombre ni número de cédula profesional del médico que la elaboró, incumpliendo con lo que establece la *NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico*–, describió que pasó a V1 de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica a quirófano para que, por medio de craniectomía suboccipital se le realizara resección de tumor en fosa posterior, procedimiento que se le realizó en cuatro horas, encontrando a simple vista el tumor, con abundantes vasos sanguíneos (arterías), lo que a su vez aumentó el riesgo de sangrado; que invadía un tejido sano y en mal plano de separación, lo que impedía su disección, separación o extracción, reportando como hallazgos del procedimiento que correspondía a un tumor Rabdoide/Teratoide y durante

la cirugía, al momento de manipularlo durante su resección se movió o manipuló el tallo cerebral siendo esta la parte del cerebro que mantiene las funciones vitales por lo que presentó hipotensión y taquicardia, que ameritó de tratamiento con adrenalina, presentó un sangrado total de 500 mililitros que se le trató con transfusión de 350 mililitros de sangre, egresando de quirófano bajo efectos de sedación con movimientos anormales predominantemente de hemicuerpo derecho.

83. De acuerdo con la bibliografía médica, el tumor Rabdoide/Teratoide atípico, en los niños menores de 3 años puede presentarse hasta en 20% de los tumores en edad pediátrica; actualmente se clasifica como un tumor grado IV de la OMS de acuerdo a la publicación HWO 2007, lo que indica el mayor grado de malignidad posible y pobre pronóstico para los pacientes con esta patología, siendo de vital importancia sospecharla y reconocerla en menor tiempo posible para poder brindar el manejo apropiado, a pesar de lo cual el pronóstico ha sido altamente desalentador, con una expectativa de vida de aproximadamente un año luego de la confirmación del diagnóstico, por lo que el manejo aún no está estandarizado, sin embargo se debe buscar la resección quirúrgica total o parcial y posteriormente a la intervención quirúrgica, la radioterapia focalizada parece una buena opción.¹²

84. El 31 de octubre de 2019, PSP12 indicó el egreso de V1 de La Raza y el mismo día reingresó al servicio de pediatría del HGZ53, ambos pertenecientes al IMSS, en donde fue recibida por PSP11, quien además de los diagnósticos ya conocidos mencionó que persistía con neumonía asociada a los cuidados de la salud, hidrocefalia obstructiva supratentorial con áreas de isquemia frontoparietal derecha¹³ y epedimitis por seudomona¹⁴.

¹² Rojas L. O., Restrepo C., Tumor rabdoide teratoide en paciente pediátrico: reporte de caso, Rev. Chil. Neurocirugía. 2015; 41: 145-148 pp.

¹³ Un accidente cerebrovascular isquémico sucede cuando el suministro de sangre al cerebro se ve interrumpido. Si tu cerebro no recibe suficiente sangre que le provea el oxígeno y los nutrientes que necesita, las células del cerebro se dañarán o morirán y se produce un ACV isquémico o infarto cerebral isquémico. <https://www.bupasalud.com.mx/salud/acv-accidente-cerebrovascular-isquemico>

¹⁴ Inflamación del conducto tubular pequeño enrollado en la parte posterior del testículo (epidídimo), por infección bacteriana (seudomona).

85. Siendo enviada V1 a ese nosocomio para otorgarle cuidados paliativos, porque su daño neurológico era irrecuperable, permaneciendo grave durante dos días en ese hospital y finalmente, por su múltiple deterioro y daño irreversible, el día 02 de noviembre de 2019 presentó paro cardíaco irreversible a maniobras básicas y avanzadas de reanimación por más de 30 minutos, determinando que perdió la vida a causa de un tumor teratoide atípico.

B. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y SU RELACIÓN CON EL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

86. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, en la Observación General No. 14, ha sostenido 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”*.¹⁵

87. Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 29 *Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud* ha destacado que:

*[...] la debida integración de un expediente 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 concerniente acerca de su salud y conocer la verdad.*¹⁶

88. También consideró que *[...] los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables*

¹⁵ Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

¹⁶ Recomendación General 29/2017, Sobre el expediente clínico como parte del Derecho a la Información en Servicios de Salud. CNDH. P. 35.



para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.¹⁷

89. Por otra parte, cabe resaltar que la NOM-004-SSA3-2012, 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.

90. En el presente caso, del análisis realizado a los expedientes clínicos relacionados con las diversas etapas de la atención médica de V1 se observó lo siguiente:

91. En el HPM no existen notas médicas que describan cómo fue la atención médica otorgada a V1 durante los días 5, 6 y 7 de mayo de 2019, por lo que no es posible determinar si la atención otorgada en las mencionadas fechas por el HPM fue o no adecuada, omitiendo el personal médico que la atendió realizar cuando menos una nota de evolución diaria durante su hospitalización, incumpliendo con lo que establece la NOM-004-SSA3-2012.

92. No se cuenta con notas de evolución subsecuentes, por lo que no es posible, determinar cómo fue la atención médica otorgada en el HPM a V1 del día 10 al 21 de mayo de 2019, omitiendo el personal médico que la atendió durante dicho periodo

¹⁷ *Ibidem*, p.27



realizar cuando menos una nota de evolución al día, incumpliendo con lo que establece la NOM-004-SSA3-2012, al respecto.

93. No se cuenta con notas médicas que describan cómo fue a la atención médica otorgada a la paciente, del 23 al 25 de mayo de 2019, en el HPM, por lo que no es posible determinar si fue o no adecuada, solamente es viable considerar que durante su estancia en la Unidad de Terapia Intensiva, se logró restablecer su condición hemodinámica y mantener sus signos vitales estables, egresando el día 26 de mayo de ese servicio.

94. El 11 de junio de 2019, se hizo constar el estado de salud de V1 en nota médica sin nombre ni número de cédula profesional del médico que elaboró, incumpliendo la NOM-004-SSA3-2012.

95. No se cuenta con notas médicas de atención subsecuentes, por lo que no es posible determinar cómo fue la atención médica otorgada a la paciente durante los días del 28 de mayo al 10 de junio de 2019, en el HPM, omitiendo el personal médico que la atendió realizar cuando menos una nota de evolución al día durante ese periodo de hospitalización, incumpliendo con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, al respecto.

96. PSP1 agregó que la menor de edad fue referida del HPM con el antecedente de una estancia hospitalaria larga de 30 días, sin contar con el resumen clínico, que describiera su evolución y manejo, por lo que el encargado de realizar el trámite administrativo para referirla a otra Unidad médica incumplió con la **NOM-004-SSA3-2012**, al no entregar la hoja de referencia-contrarreferencia como lo establece la citada Norma Oficial, para facilitar los diversos traslados de V1 durante su seguimiento médico.

97. La inadecuada integración del expediente clínico en La Raza se determinó en las siguientes actuaciones: El 22 de junio de 2019, en el servicio de gastroenterología



pediátrica, sin que dicha nota cuente con el nombre ni firma de la médica o médico adscrito al servicio, por lo que incumplió con la **NOM-004-SSA3-2012 NOM-001-SSA3-2012**; siendo que dicha atención médica fue realizada por MR, sin supervisión médica que conste.

C. VIOLACIÓN AL DERECHO A LA VIDA DE V1

98. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo, y es tutelado por nuestra normativa nacional¹⁸.

99. De igual manera, su protección se encuentra contemplada en diversos instrumentos internacionales, como 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 Hombre¹⁹, y 43 y 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño.

100. De tales preceptos se desprende el deber del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria y, el deber de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que la garanticen.

101. El Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, en la Observación General No.7 *Realización de los derechos del niño en la primera infancia*, señala en su párrafo 10 que: “*El artículo 6 [de la Convención de los derechos del niño] se refiere al derecho intrínseco del niño a la vida*”, así como a la obligación de los Estados Parte de garantizar “*en la máxima medida posible, la supervivencia*”, además del desarrollo del

¹⁸ CNDH, Recomendaciones 53/2022, párrafo 78, y 57/2022, párrafo 63.

¹⁹ CNDH. Recomendación 66/2016, párrafo 33.



niño. *“Se insta a los Estados Parte a adoptar todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y bebés”, reducir la mortalidad de lactantes y la mortalidad infantil, amén de “crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de sus vidas”.*

102. El párrafo 2, inciso a) de dicha Observación General, dispone el compromiso de reducir la mortalidad infantil, siendo una obligación del Estado realizar las *“acciones tendentes a que los recién nacidos sobrevivan y se eviten prácticas por las que su vida se vea comprometida”.*

103. Del análisis realizado por este Organismo Nacional al presente caso, se concluye que la atención médica de V1 no fue adecuada, oportuna, integral ni de calidad, toda vez que, en las diversas etapas de la atención de la menor, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17, únicamente le brindaron tratamiento para corregir síntomas y signos relacionados con el proceso infeccioso a nivel pulmonar y, a pesar de los múltiples factores y señales que presentó V1, fueron omisas al no solicitar de manera inmediata la canalización a un tercer nivel de atención, así como a las especialidades de neurología, neumología y gastroenterología, por lo que no pudieron hacer oportunamente un diagnóstico certero sobre su padecimiento, situación que no permitió detectar que V1 cursaba con uno de los tumores cerebrales con mayor grado de malignidad y peor pronóstico a corto plazo, omitiendo brindar la atención médica, misma que el Estado tenía obligación de otorgar, de modo que el personal involucrado y las instituciones de salud en las que permaneció para su atención médica fueron omisas al no proporcionar a V1, durante la misma, los medios y recursos a su alcance para un seguimiento integral y de calidad, así como un pronóstico oportuno, aumentando el riesgo de mortalidad.

104. Como ya se describió, el padecimiento de V1 no fue detectado ni diagnosticado pertinentemente a pesar de que cursó con múltiples alteraciones neurológicas crónicas y agudas que pusieron en peligro su vida y se le otorgó un tratamiento definitivo con

resección tumoral bajo un estado de salud crítico, debido a complicaciones pulmonares que eran previsibles y no se previnieron, presentando posteriormente múltiples complicaciones aunadas a su deterioro, manejo médico y a la propia malignidad tumoral; por lo cual, se reitera que su atención médica no fue adecuada y oportuna, y que aunada a su enfermedad de base, incrementó su riesgo de mortalidad a corto plazo.

D. PRINCIPIO DE INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ

105. El principio del interés superior de la niñez está reconocido en el artículo 4º, párrafo noveno, de la Constitución Federal, que establece: “En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez [...] Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.” Asimismo, el artículo 18 de la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, ordena: “En todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez.” Ello también lo prevé la Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo 3, párrafo 1.

106. Por cuanto hace a la CrIDH, en su jurisprudencia ha definido el contenido y los alcances de las obligaciones que han asumido los Estados Parte cuando se analizan los derechos de las niñas y los niños.²⁰ Al respecto, los niños y las niñas son titulares de los derechos establecidos en la Convención Americana, “además de contar con las medidas especiales de protección contempladas en su artículo 19, las cuales deben ser definidas según las circunstancias particulares de cada caso concreto”. La adopción de medidas especiales para la protección de la niñez corresponde tanto al Estado como a la familia, la comunidad y la sociedad a la que pertenece.

²⁰ CrIDH. *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*. Fondo. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Serie C No. 63, párr. 194, y *Caso Forneron e hija Vs. Argentina*, Sentencia de 27 de abril de 2012 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 44.



107. Es así como en el presente caso, la víctima, se trata de una menor de 2 años, a la que se privó su derecho a la protección de la salud al más alto nivel posible, como lo establecen las normas legales e instrumentos internacionales invocados en el presente documento, por la falta de recursos humanos y materiales especializados en el HEZ, el HPM y por último a La Raza, a donde V1 fue canalizada para una atención médica especializada por la gravedad de su salud; los dos primeros de SEDESA y el último del IMSS.

108. De igual forma, la protección al principio del interés superior de la niñez se encuentra contemplada en diversos instrumentos internacionales, como 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; I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre²¹, y 43 y 6.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

109. De tales preceptos se desprende el deber del Estado para respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria y, el deber de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.

110. El Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas en la Observación General No.7 *Realización de los derechos del niño en la primera infancia*, señala en su párrafo 10:

El artículo 6 [de la Convención de los derechos del niño] se refiere al derecho intrínseco del niño a la vida y a la obligación de los Estados Parte de garantizar, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño. Se insta a los Estados Parte a adoptar todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y bebés, reducir la

²¹ CNDH. Recomendación 66/2016, párrafo 33.



mortalidad de lactantes y la mortalidad infantil, y crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de sus vidas.

E. RESPONSABILIDAD

E.1 RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

111. De lo antes mencionado, para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha quedado evidenciado en la presente Recomendación, que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17, incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo con las omisiones y acciones ya descritas, que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud por la inadecuada y deficiente atención médica; a la vida y al interés superior de la niñez en agravio de V1, susceptibles de ser investigadas en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas y de la Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México.

112. En efecto, ha quedado acreditado que desde el ingreso de V1 al HEZ, HPM y La Raza no fue diagnosticada oportunamente, a pesar de que V1 cursó con múltiples alteraciones neurológicas crónicas y agudas que pusieron en peligro la vida y se le otorgó un tratamiento definitivo con resección tumoral bajo un estado de salud crítico, debido a complicaciones pulmonares que eran previsibles y no se previnieron, presentando posteriormente múltiples complicaciones aunadas a su deterioro, manejo médico y a la propia malignidad tumoral, por lo cual se reitera que su atención médica no fue adecuada y oportuna, que aunada a su enfermedad de base, incrementaron su riesgo de mortalidad a corto plazo. Debido a ello, incumplieron con lo establecido en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica.

113. Asimismo, quedó acreditada la violación a derechos humanos en agravio de V1 por parte de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17, toda vez que no le proporcionaron la atención médica adecuada, oportuna, integral y de calidad que necesitaba para tener un diagnóstico certero, además de que no tomaron las medidas inmediatas para que V1 fuese canalizada de manera pertinente a un establecimiento médico que tuviera los recursos humanos y materiales para la atención médica que requería, ya que de haber sido valorada V1 por su gravedad con alteraciones respiratorias y neurologías de manera integral, adecuada y oportuna por los servicios de neumología, gastroenterología y neurología, desde el 03 de mayo de 2019, habría mejorado su pronóstico y calidad de vida, lo que propició el deterioro de su salud y posterior pérdida de la vida, incumpliendo con lo establecido en los artículos 74, 75 y 115 Bis del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica.

114. De igual modo, se concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11 y AR12, incumplieron con lo dispuesto por los artículos 71 y 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, al negarse a proporcionar atención médica urgente a V1, lo que ocasionó que no tuviera el servicio médico adecuado y su salud se deteriorara hasta la pérdida de la vida.

115. Es por lo anteriormente expuesto, que este Organismo Nacional considera que las evidencias respecto a actos u omisiones atribuidas a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17, constituyen datos suficientes para concluir que incumplieron con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como personas servidoras públicas, en términos de lo dispuesto por el artículo 49 de la Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México en el caso de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11, y 7°, fracciones I, V y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas

en el caso de AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17, y, en los que se prevé la obligación que tienen las mismas de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

E.2 RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

116. El párrafo tercero del artículo 1º constitucional, estipula: *“todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”*

117. La promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidos en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados.

118. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman.

119. Es así que, ha quedado evidenciado que V1 recibió en el HEZ, HPM y La Raza, una inadecuada y deficiente atención médica en los términos descritos en el apartado A, por la falta de recursos humanos y materiales especializados como rayos x y medicamentos como inmunoglobina para su atención y por la dilación para canalizarla a otro hospital para una atención especializada, incumpliendo con la Observación

General No. 15 *Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, del Comité de los Derechos del Niño, y la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)* de la ONU.

120. Por lo anteriormente expuesto, esta Comisión Nacional considera que la SEDESA y el IMSS, son responsables institucionalmente, por la vulneración a los derechos humanos de V1.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

121. De acuerdo con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Federal, y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto, de acuerdo con los artículos 1º, 2º, fracción I, 4º, 7º fracciones II, VI, y VII, 27, 64 fracciones I y II, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción V inciso c), 111, 112, 126 fracción VII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, así como 56 al 77 de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno de reparar a las víctimas de una forma integral a través de las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y de no repetición, por lo que se deberá reparar integralmente el daño ocasionado a V2 y a V3 en su calidad de víctimas indirectas en razón del vínculo como padre y madre de V1, por las violaciones a sus derechos humanos y que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

122. El artículo 1º de la Constitución Federal establece en su párrafo tercero que: *“Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de*



promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley”.

123. 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”, aprobado por la Asamblea General de 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 y medidas de no repetición.

124. En el presente caso, los hechos descritos constituyen una transgresión al deber de prevención de violaciones a los derechos humanos, por lo que esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

A) Medidas de rehabilitación

125. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 26, 27, fracción II, 62 y 63 la Ley General de Víctimas; 60 de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México, 21 de los Principios y Directrices del instrumento antes referido, la rehabilitación incluye “*la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales*”, por tanto, se deberá brindar a V2 y a V3 la atención psicológica y tanatológica, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado, atendiendo a su edad, especificidades de género y culturales, de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional por la afectación que pudieron sufrir ante la pérdida de la vida de V1, por el tiempo que sea necesario y hasta su recuperación psicológica.



126. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, 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 en caso de requerirlos.

B) Medidas de satisfacción

127. Las medidas de satisfacción, acorde con lo dispuesto en los artículos 26, 27, fracción IV y 73 de la citada Ley General de Víctimas, 71, 72 y 73 de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México, tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; se pueden realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

128. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V2 y V3, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se presente ante la instancia correspondiente en contra del personal involucrado en las violaciones a los derechos humanos descritas.

C) Medidas de no repetición

129. Conforme a lo estipulado en los artículos 26, 27, fracción V, 74, fracción VIII y IV de la Ley General de Víctimas, 74, 75 76 y 77 de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México consisten en implementar las medidas que sean necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por lo cual, el Estado debe adoptar todas las medidas legales, administrativas y de otra índole, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

130. De igual modo, en términos de lo dispuesto en los artículos 74, 75 y 115 Bis del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, de manera inmediata, la SEDESA y el IMSS deberán de implementar



las medidas que sean necesarias para brindar el servicio médico urgente y especializado pediátrico, independientemente de las cuestiones administrativas de la Institución y de su derechohabencia. Y, en caso de que el establecimiento médico involucrado no cuente con el equipo y los recursos que el padecimiento lo amerite, se traslade al solicitante de forma inmediata a otro nosocomio que tenga las condiciones médicas para brindar la atención.

131. En un plazo de seis meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación deberá diseñar e impartir cursos dirigidos al personal médico de Pediatría y médicos residentes en la atención de V1, HEZ y HPM de la SEDESA y La Raza del IMSS, todos en la Ciudad de México, relacionado con la capacitación y formación en materia de derechos humanos y manuales de diagnóstico, específicamente, sobre: 1) Estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud; 2) Derechos de la primera infancia e Interés superior de la niñez; 3) Sobre las Normas Oficiales Mexicanas abordadas en el presente pronunciamiento; 4) El derecho a la vida, y 4) Respecto al Manual de Exploración Neurológica para Niñas y Niños Menores de Cinco Años en el Primer y Segundo Nivel de Atención y de la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Primera Crisis Convulsiva en Niñas, Niños y Adolescentes; en todos se deberá señalar que se está impartiendo en cumplimiento a la presente Recomendación.

132. Dichas capacitaciones podrán ser impartidas en línea en la plataforma del IMSS, de la SEDESA o alguna otra, por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, con práctica en el trato humanizado hacia las niñas y niños, a fin de sensibilizar al personal de salud. Deberán no ser menores a 20 horas y contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo.

133. Además, se entregarán a esta Comisión Nacional las evidencias, entre las cuales se deben incluir programas, objetivos, actividades, presentaciones, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de personas facilitadoras, listas de



asistencia, videos, evaluaciones, entre otros. Para tal efecto y a fin de lograr un efectivo cumplimiento, se pueden considerar los cursos disponibles en línea.

134. En un plazo de dos meses, a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se emita una circular dirigida a todo el personal médico de las unidades responsables en la que se les exhorte a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas correspondientes, y se deberá remitir a este Organismo Nacional, la notificación de la citada circular al personal médico de referencia.

135. En un plazo no mayor a tres meses, a partir de la aceptación de la presente recomendación, emitan una circular en la que exhorten al personal de los HEZ, HPM, y del Hospital La Raza, con el objeto de que se aplique la normativa de prevención y seguimiento oportuno de los casos de atención médica infantil vigentes, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

D) Medidas de compensación

136. De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 26, 27, fracción III, 64 y 65 de la Ley General de Víctimas, 61 a 70 de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México, la compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial; por lo que el IMSS y la SEDESA deberán valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a V2 y V3, por el fallecimiento de V1, por la deficiente e inadecuada atención médica que recibió, todo lo cual derivó en la pérdida de vida; de conformidad con las consideraciones expuestas en la presente Recomendación y en términos de la Ley General de Víctimas, se deberá solicitar la cuantificación a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

137. En consecuencia a todo lo anterior, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a ustedes, señor Secretario y Director General, las siguientes:



V. RECOMENDACIONES

A USTED SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO:

PRIMERA. Colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en la SEDESA, en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, adscritos al HEZ, así como AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10 y AR11 adscritos al HPM, por los actos y omisiones descritas en los hechos materia de la presente recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En el plazo de dos meses se emita una circular dirigida al personal médico del HEZ, HPM de la Ciudad de México, en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. En un plazo no mayor a tres meses, a partir de la aceptación de la presente recomendación, emita una circular en la que exhorte al personal de los HEZ y HPM, con el objeto de que se aplique la normativa de prevención y seguimiento oportuno de los casos de atención médica infantil vigentes, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

A USTED DIRECTOR GENERAL DEL IMSS:

PRIMERA. Colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que esta Comisión Nacional presente, en contra de AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17, adscritos al Hospital La Raza, por las omisiones precisadas en los hechos y



observaciones de la presente Recomendación, y se remitan las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En el plazo de dos meses se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital La Raza de la Ciudad de México, en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. En un plazo no mayor a tres meses, a partir de la aceptación de la presente recomendación, emita una circular en la que exhorte al personal del Hospital La Raza, con el objeto de que se aplique la normativa de prevención y seguimiento oportuno de los casos de atención médica infantil vigentes, y se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

A USTEDES SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y DIRECTOR GENERAL DEL IMSS:

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas de la Ciudad de México, y una vez que éstas emitan el dictamen correspondiente conforme a las violaciones a los derechos humanos descritas y acreditadas en la presente Recomendación, las autoridades recomendadas procederán a la reparación del daño a V2 y V3, con motivo del deceso de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, así como de la Ley de Víctimas para la Ciudad de México, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas y en el Registro de Víctimas de la Ciudad de México, a fin de que, de ser el caso, tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral correspondiente; se les otorgue atención psicológica y tanatológica, que incluya compensación con base en las evidencias



planteadas; además, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En un plazo de seis meses, se diseñen e impartan cursos de capacitación de no menos de 20 horas, al personal de las áreas involucradas, incluidos directivo, médicos, de residencia y trabajo social en el HEZ, HPM y La Raza todos en la Ciudad de México, con especial énfasis de las áreas de urgencias, pediatría, terapia intensiva pediátrica, medicina interna pediátrica, gastroenterología pediátrica, neurología pediátrica y Subdirección, incluidos AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6, AR7, AR8, AR9, AR10, AR11, AR12, AR13, AR14, AR15, AR16 y AR17, en las siguientes materias: 1) Estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben cumplir los servicios de salud; 2) Derechos de la primera infancia e Interés superior de la niñez; 3) Sobre las Normas Oficiales Mexicanas abordadas en el presente pronunciamiento, y 4) El derecho a la vida. Además, se deberán contemplar los elementos y características descritos en la presente Recomendación; en todos se deberá señalar que se está impartiendo en cumplimiento a la presente Recomendación; ser impartidos por personal especializado, contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban, en los cuales se refleje un impacto efectivo, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Designar a las personas servidoras públicas 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.

138. 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 tanto de formular una declaración respecto de una conducta irregular cometida por 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 o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

139. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

140. Así mismo, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a ustedes que, de ser el caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional en el plazo quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el periodo para informar sobre su aceptación.

141. 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; ante ello, este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA