



# Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 1 / 2018

**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, A LA VIDA, AL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ Y A LA VERDAD, POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA, EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 1, EN TIJUANA Y HOSPITAL GENERAL DE SUB-ZONA 6, EN TECATE, BAJA CALIFORNIA, AMBOS DEL IMSS.**

Ciudad de México, a, 31 de enero de 2018

**MTRO. TUFFIC MIGUEL ORTEGA  
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO  
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente CNDH/5/2016/4644/Q, relacionado con el caso de V.

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, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78 párrafo uno, parte segunda y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y

segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; y 3, 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

INSTITUCIÓN	ACRÓNIMO
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Sub-Zona 6 del IMSS, en Tecate, Baja California	Hospital General Tecate
Hospital General Regional 1 del IMSS, en Tijuana, Baja California	Hospital General Tijuana
Comisión Estatal de los Derechos Humanos del estado de Baja California	Comisión Estatal

## I. HECHOS.

4. El 6 de junio de 2016, la Comisión Estatal remitió por razones de competencia a esta Comisión Nacional la queja de Q1 y Q2 presentada el 26 de mayo de 2016, en la que señalaron que el 24 de abril de 2016, V de 1 año 1 mes de edad, presentó malestar estomacal y vómito, por lo que fue atendido en una clínica particular, en la que se determinó que presentaba infección en la garganta, sin embargo, ante la falta de mejoría, el 25 de abril de 2016 acudieron a la Unidad de Medicina Familiar 39, del IMSS, en Tecate, Baja California, de la que fueron turnados al Hospital General Tecate, en donde al diagnosticarse con meningitis<sup>1</sup> lo trasladaron al Hospital General Tijuana, en el cual le practicaron diversos estudios, sin embargo, se determinó su

<sup>1</sup> Es una infección de las membranas que cubren el cerebro y la médula espinal. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América.

egreso el 27 del mismo mes y año, sin prescripción de medicamento y solo con cita abierta a urgencias.

5. El 29 de abril de 2016, V presentó nuevamente vómito, además de desvanecimiento, por lo que Q1 lo trasladó al Hospital General Tijuana, pero ante la negativa de ingresarlo, optó por acudir a un nosocomio particular, donde le sugirieron que buscara atención especializada de un neurólogo ya que V presentaba “*episodios de ausencia*”; después de diversos estudios, el neurólogo particular diagnosticó actividad epiléptica frontal izquierda y le prescribió algunos medicamentos.

6. El 5 de mayo de 2016, los episodios de actividad epiléptica de V se agudizaron, por lo que al día siguiente Q1 lo llevó nuevamente al Hospital General Tecate, donde lo ingresaron, pero a pesar de que sus episodios convulsivos eran cada 5 minutos, el médico de guardia se negó a darle atención bajo el argumento de que no era pediatra; una vez que llegó el especialista en Pediatría, se determinó que V presentaba neumonía<sup>2</sup>, por lo que fue entubado y posteriormente trasladado al Hospital General Tijuana, lugar en el que falleció el 7 de mayo de 2016.

7. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente CNDH/5/2016/4644/Q, y para documentar las violaciones a derechos humanos se solicitó información al IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

## **II. EVIDENCIAS.**

8. Oficio CEDHBC/TIJ/SDQO/139/2016, de 2 de junio de 2016, a través del cual la Comisión Estatal remitió la queja de Q1 y Q2 del 26 de mayo de 2016, en la que denunciaron diversas violaciones a los derechos humanos de V, atribuidas a

---

<sup>2</sup> Tipo de infección respiratoria que afecta los pulmones, mismos que están formados por pequeños sacos llamados alveolos que -en las personas sanas- se llenan de aire al respirar, pero en los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno. Organización Mundial de la Salud.

personal del Hospital General Tecate y Hospital General Tijuana, al que adjuntó, entre otros documentos, los siguientes:

**8.1.** Receta médica del 24 de abril de 2016, en la que un médico particular diagnosticó a V con rinofaringitis.

**8.2.** Resultado de estudio de electroencefalograma, de 3 de mayo de 2016, practicado por un neurólogo pediatra privado, en el que determinó que V presentó *“leve actividad epiléptica frontal izquierda”*.

**8.3.** Acta de defunción de 12 de mayo de 2016, expedida por el oficial del registro civil de Tijuana, Baja California, en la que hace constar el fallecimiento de V, y asentó como causas del mismo *“Choque mixto, acidosis respiratoria, neumonía de la comunidad, epilepsia frontal izquierda”*.

**9.** Oficio 095217614BB1/1536, de 11 de julio de 2016, a través del cual el IMSS remitió copia de las siguientes constancias:

**9.1.** Expedientes clínicos integrados por los servicios médicos otorgados a V en el Hospital General Tecate y en el Hospital General Tijuana, de los que destacan las siguientes documentales:

**9.1.1.** Solicitud de interconsulta a segundo nivel por diagnóstico de *“desequilibrio hidroelectrolítico”* (Alteración del contenido de agua o electrolitos en el cuerpo) de 25 de abril de 2016, elaborada por AR3.

**9.1.2.** Nota Médica Inicial de Urgencias de 25 de abril de 2016, elaborada por SP1, del Hospital General Tecate, en la que se estableció que V presentaba una Infección de Vías Respiratorias Superiores y ordenó su ingreso al servicio de urgencias pediátricas para vigilancia estrecha de estado neurológico y diversos estudios de laboratorio para normar conducta.

**9.1.3.** Nota de Egreso de 25 de abril de 2016, suscrita por SP2, a través de la cual ordenó traslado del Hospital General Tecate al Hospital General Tijuana, ante el franco deterioro neurológico de V y la sospecha de neuroinfección.

**9.1.4.** Solicitud de interconsulta de 25 de abril de 2016, sin hora, suscrita por el médico responsable en el Hospital General Tecate, mediante el cual solicitó el traslado de V al Hospital General Tijuana.

**9.1.5.** Nota Médica Inicial de Urgencias de 25 de abril de 2016, suscrita por el especialista de pediatría en turno del Hospital General Tijuana, de la que se desprende *Triage*<sup>3</sup> con resultado de urgencia real, pues V presentaba una rinofaringitis bacteriana a descartar neuroinfección con diagnóstico diferencial de probable intoxicación medicamentosa, con plan de manejo de hospitalización y realización de Tomografía Computada de Cráneo, sugiriendo también vigilancia estrecha de las condiciones neurológicas.

**9.1.6.** Nota Médica de Valoración de Infectología de 26 de abril de 2016, sin hora, suscrita por el especialista en turno del Hospital General Tijuana, en la que señaló que se trataba de paciente irritable con diagnóstico de meningitis bacteriana no sustentado por clínica o laboratorios y ordenó revaloración con estudios.

**9.1.7.** Nota de Evolución Vespertina y Egreso por Mejoría de 28 de abril de 2016, elaborada por AR1, en la que descartó la presencia de neuroinfección e intoxicación por antihistamínico, ordenó seguimiento en consulta externa de pediatría en dos semanas, revisión en su Unidad de Medicina Familiar en una semana y cita abierta a urgencias.

**9.1.8.** Nota Médica Inicial de Urgencias de 29 de abril de 2016, elaborada por AR2, en la que se estableció diagnóstico presuntivo de “*epilepsia ausencia*”

---

<sup>3</sup> Procedimiento utilizado para identificar la prioridad de una urgencia médica.

(juvenil) (infancia)”, determinándose continuar con estudio extrahospitalario y alta sin medicamento.

**9.1.9.** Control de signos vitales por horario de V, de 6 de mayo de 2016, elaborado en el Hospital General Tecate, sin hora y sin nombre de la enfermera responsable.

**9.1.10.** Solicitud de interconsulta de 6 de mayo de 2016, sin hora y sin nombre, suscrita por el médico responsable en el Hospital General Tecate, mediante el cual solicitó el traslado de V al Hospital General Tijuana.

**9.1.11.** Nota Médica Inicial de Urgencias de 6 de mayo de 2016, en la que se señaló como diagnóstico epilepsia, deshidratación y faringitis, elaborada por médico de turno en el Hospital General Tecate que solicitó además valoración por pediatría.

**9.1.12.** Nota Médica de Valoración de Pediatría de 6 de mayo de 2016, elaborada por AR4, a las 18:19 horas, en la que estableció el diagnóstico de epilepsia y ordenó el envío a neurología pediátrica, además de control externo en ese servicio.

**9.1.13.** Nota Médica de Servicio de Urgencias del Hospital General Tijuana, que estableció el ingreso de V a las 23:20 horas, de 6 de mayo de 2016, elaborada por médico de base, en la que afirmó que V presentaba crisis convulsivas, fiebre, tos con flema, estableciendo diagnóstico de epilepsia y neumonía.

**9.1.14.** Nota Médica elaborada por el médico de guardia del Servicio de Urgencias del Hospital General Tijuana, de 7 de mayo de 2016, en la que se estableció que a la 01:20 horas, posterior a dos horas de estancia intrahospitalaria V presentó paro cardiaco y no respondió a maniobras de resucitación ni aplicación de medicamentos y se declaró su fallecimiento.

**10.** Oficio 095217614BB1/1623, de 19 de julio de 2016, a través del cual el IMSS remitió, entre otras constancias, los informes rendidos por AR3 y AR4, en el que detalla la atención médica proporcionada a V en el Hospital General Tecate.

**11.** Dictamen médico de 28 de febrero de 2017, elaborado por esta Comisión Nacional respecto de la atención brindada a V en el Hospital General Tecate y en el Hospital General Tijuana, en el que determinó que AR1, AR2, AR3 y AR4 incurrieron en negligencia por omisión, lo que contribuyó al deterioro del estado de salud de V.

**12.** Oficio 095217614BB1/3091, de 29 de noviembre de 2017, a través del cual el IMSS informó que el H. Consejo Técnico de ese Instituto emitió acuerdo del 27 de julio de 2017, en el que determinó improcedente la QM interpuesta por Q2.

**13.** Acta Circunstanciada de 15 de enero de 2018, elaborada por personal de esta Comisión Nacional, en la que se hizo constar que la Procuraduría General de la República (PGR) en Tijuana, Baja California, informó que la AP continúa en Consulta de Reserva.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA.**

**14.** Con motivo del fallecimiento de V, Q1 formuló denuncia el 24 de mayo de 2016, ante la Procuraduría General de Justicia del estado de Baja California, misma que fue remitida por razones de competencia a la PGR en Tijuana, Baja California, integra la AP que actualmente se encuentra en Consulta de Reserva.

**15.** Por su parte, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico del IMSS resolvió, el 6 de noviembre de 2017, como improcedente la QM interpuesta por Q1.

#### **IV. OBSERVACIONES.**

**16.** Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2016/4644/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el caso cuenta con elementos que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos en agravio de V, atribuibles a AR1 y AR2 personal médico del Hospital General Tijuana, así como AR3, AR4, adscritos al Hospital General Tecate, ello de acuerdo a las siguientes consideraciones.

##### **A. Derecho a la protección de la salud.**

**17.** La protección de la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.<sup>4</sup>

**18.** El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección a la salud. El Estado mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se obliga a reconocer el derecho a salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, *“de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población.”*<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> CNDH. Recomendaciones 56/2017, p. 42; 50/2017, p.22; 66/2016, p. 28 y 14/2016, p. 28.

<sup>5</sup> Tesis Constitucional. *“Derecho a la Salud. Forma de cumplir con la Observación General número 14 del Comité de los Derechos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, para garantizar su disfrute”*; Semanario Judicial de la Federación, octubre de 2013, registro 2004683 y Tesis constitucional y administrativa. *“Derecho a la Salud. Su regulación en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su complementariedad con los Tratados Internacionales en Materia de Derechos Humanos”*. Semanario Judicial de la Federación, julio de 2008, registro 169316.



**19.** El artículo 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, señala que: “...*la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.*”

**20.** En este sentido, el 23 de abril de 2009 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General 15, “*Sobre el derecho a la protección de la salud*”, en la que se afirmó que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.<sup>6</sup>

**21.** La Suprema Corte de Justicia de la Nación en la tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección<sup>7</sup>, expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “*el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles*”, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo esta como “*la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente.*”

**22.** En el presente caso, el 25 de abril de 2016, V no presentó mejoría del padecimiento iniciado un día anterior, mismo que fue diagnosticado como rinofaringitis<sup>8</sup> por un médico particular, por lo que acudió a la Unidad de Medicina

---

<sup>6</sup> CNDH. Recomendaciones 56/2017, p. 45; 50/2017, p. 25; 66/2016, p. 31 y 14/2016, p. 31.

<sup>7</sup> “*Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud.*” Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530. CNDH. Recomendaciones 56/2017, p. 46; 50/2017, p. 26; 66/2016, p. 32 y 14/2016, p. 32.

<sup>8</sup> Congestión nasal, rinorrea, estornudos, lagrimeo, irritación nasofaríngea, tos y malestar general. Puede acompañarse de fiebre.

Familiar 39 del IMSS en Tecate, de donde se le envió a segundo nivel de atención con un diagnóstico de desequilibrio hidroelectrolítico<sup>9</sup>.

**23.** V fue recibido en el Hospital General Tecate a las 10:38 horas del mismo 25 de abril, y a las 10:58 horas de ese día se realizó la valoración médica en el Servicio de Urgencias por SP1, determinando su ingreso al servicio de Urgencias-Pediátricas para vigilancia estrecha del estado neurológico, práctica de pruebas de laboratorio como complemento diagnóstico, al considerar que V padecía una infección de vías respiratorias superiores<sup>10</sup>.

**24.** En la valoración vespertina del mismo servicio, SP2 detectó datos clínicos de un franco deterioro neurológico de V, con sospecha de un cuadro de neuroinfección<sup>11</sup>, por lo que se decidió el traslado al Hospital General Tijuana, en donde fue ingresado y se ordenó la práctica de diversos estudios, estableciéndose como diagnóstico meningitis, que requería vigilancia estrecha de su estado neurológico ya que se reportaba como grave y con pronóstico ligado a evolución y complicaciones.

**25.** El 28 de abril de 2016, después de dos días de estancia intrahospitalaria AR1 decidió el egreso a domicilio de V, bajo el argumento de que alcanzó una recuperación completa, señalando como diagnóstico de salida una *“probable intoxicación medicamentosa por antihistamínico tratada y remitida”*, ordenando su salida sin medicamentos y solo con cita abierta a urgencias, lo que implicaba una resolución del problema presentado por V a su ingreso, situación que no ocurrió.

**26.** En el dictamen médico de esta Comisión Nacional, se estableció que fue inadecuada la atención que AR1 dio a V, puesto que señaló como diagnóstico de egreso *“probable intoxicación medicamentosa por antihistamínico tratada y remitida”*, y que AR1 carecía de elementos objetivos para emitir dicha conclusión, ello en razón

---

<sup>9</sup> Alteración del contenido de agua y electrolitos en el cuerpo humano. También conocido como trastorno hidroeléctrico.

<sup>10</sup> Es una enfermedad que afecta el aparato respiratorio desde la nariz hasta la garganta, durante un periodo menor a 15 días, frecuentemente ocasionado por virus y ocasionalmente por bacteria. *“Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de la Infección Aguda de Vías Aéreas Superiores en Pacientes Mayores de 3 Meses hasta 18 Años de Edad.”*

<sup>11</sup> Infección del sistema nervioso central y periférico.

de que para corroborar ese diagnóstico era necesario el resultado de los estudios de detección de drogas en suero que, según obra en el expediente, sí se ordenaron realizar, pero demorarían hasta 3 semanas posteriores, y pese a carecer de dichos estudios V fue dado de alta.

**27.** En relación con el diagnóstico anterior, quedó establecido también en el dictamen médico de este Organismo Nacional, que aunque el 24 de abril de 2016 un médico particular prescribió a V la dosis de “2.5 ml cada 24 horas” de “Loratadina” en jarabe, atendiendo a los criterios establecidos por la bibliografía médica, esa cantidad no se considera una dosis tóxica, ya que para que sea determinada como tal, sería en caso de que se administrara cuatro veces la dosis terapéutica, es decir de 10mg/día, situación que en el caso no aconteció, por lo que no se estaba ante un cuadro de probable intoxicación por antihistamínico.

**28.** Aunado a lo anterior, en relación con dicho diagnóstico de egreso establecido por AR1, en el dictamen médico a este Organismo Nacional se estableció que no se describen en las notas médicas de la estancia intrahospitalaria de V la presencia de datos clínicos de la alegada intoxicación, que de acuerdo a su mecanismo de acción, correspondería a alteraciones principalmente a nivel cardiaco, como serían trastornos del ritmo cardiaco con bloqueo aurículo-ventricular, arritmias ventriculares, taquicardia ventricular o fibrilación.

**29.** Por todo lo anterior, en el dictamen médico de este Organismo Autónomo se concluyó en relación con este punto, que AR1 no contaba con elementos objetivos para establecer la sospecha de la “probable intoxicación medicamentosa por antihistamínico tratada y remitida”, aunado a ello este inadecuado diagnóstico implicó el alta de V por una supuesta mejoría, situación que ocasionó que no se atendiera el verdadero problema de salud que presentaba, al limitarse AR1 solamente al estudio y determinación de un padecimiento, que además tardaría 3 semanas para comprobar y establecer su existencia a través de los resultados de laboratorio.

**30.** Por otra parte, en el dictamen médico de este Organismo Nacional del 28 de febrero de 2017, también se establecieron otras omisiones de AR1, quien no hizo lo necesario para confirmar o descartar un padecimiento neurológico y, en su caso, referirlo con un especialista idóneo para su atención, como debió ser un neurólogo, en razón de que los síntomas que presentaba apuntaban a la aparición de un padecimiento de esta naturaleza.

**31.** Igualmente, en la referida opinión médica se estableció que durante la estancia hospitalaria de V en el Hospital General Tijuana, AR1 omitió realizar acciones tendientes a resolver adecuadamente la situación clínica de la infección de vías respiratorias superiores por la que ingresó, ya que no registró datos de su evolución, ni indicaciones o manejo a su egreso hospitalario, por lo que esta Comisión Nacional consideró que todo lo anterior propició el deterioro del estado de salud de V, que aunado a las deficientes atenciones recibidas con posterioridad, derivó en su fallecimiento.

**32.** De lo descrito puede establecerse que AR1 ordenó estudios para tratar de establecer la existencia de un padecimiento de “*probable intoxicación medicamentosa*”, del que no se contaba con datos clínicos adicionales de su existencia, conforme al expediente médico de V; además, al enfocarse solamente en la detección del citado padecimiento ordenó su egreso por una supuesta mejoría, al considerar dicha intoxicación como “*tratada y remitida*”, sin contar con el resultado de los estudios de laboratorio que tardarían 3 semanas, y los cuales eran el medio idóneo para su detección, lo que derivó en la omisión de realizar el estudio de los otros síntomas y padecimientos que presentaba V, circunstancia que trajo como consecuencia la ausencia de un adecuado análisis de su estado de salud, así como la determinación de un correcto diagnóstico y tratamiento que llevara a restablecer el estado de salud de V.

**33.** En relación con la mencionada orden de egreso de V, debe destacarse que AR1 la indicó sin confirmar o establecer tratamiento respecto del padecimiento neurológico, o en su caso, remitir con el especialista en neurología. Omitió tratar la infección de vías respiratorias superiores por la que ingresó, lo que como se señaló

en el dictamen médico de este Organismo Nacional contribuyó al deterioro del estado de salud de V.

**34.** Ante la inadecuada atención de AR1, el 29 de abril de 2016 V fue llevado nuevamente a consulta al área de urgencias del Hospital General Tijuana, ya que presentó reiteradamente alteraciones neurológicas, lo que confirmó una falta de resolución al problema médico que presentó en su consulta anterior.

**35.** Dicha circunstancia corrobora que personal del IMSS no se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que prevé en su artículo 8 que las actividades del personal que presta dicho servicio serán de índole PREVENTIVO, “*CURATIVO*” (teniendo por objeto “*un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos*”) y DE REHABILITACIÓN (“*que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física y mental*”).

**36.** Como quedó establecido el 29 de abril de 2016, V fue ingresado nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital General Tijuana, donde fue atendido por AR2 y según lo expresado en la nota médica correspondiente, tuvo conocimiento de la hospitalización y padecimientos previos que había presentado, pues en dicha nota quedó plasmado que: “*...presenta pérdida del estado de alerta, posterior a lo cual presenta periodo de indiferencia al medio de aproximadamente 30 minutos de evolución. Antecedente de hospitalización el día 25/04/2016... y fue dado de alta el día de ayer por la tarde. ... Paciente el cual recientemente fue egresado del servicio de pediatría... se dan datos de alarma, se deja cita abierta a urgencias*”.

**37.** Adicional a lo expuesto, Q1 comunicó a AR2 que V presentaba alteraciones neurológicas similares a las ya tratadas. No obstante, AR2 no consideró la importancia de dichos antecedentes y ordenó nuevamente su egreso, lo que este Organismo Nacional determinó como negligencia por omisión, al no realizar el ingreso hospitalario, situación que contribuyó al deterioro del estado de salud de V.

**38.** Igualmente, en el dictamen médico de este Organismo Nacional se estableció que AR2 no se apegó a los criterios de hospitalización contenidos en la Guía de Práctica Clínica para el “*Diagnóstico y Tratamiento de la Primera Crisis Convulsiva en Niños*”, del Consejo de Salubridad General, ya que no consideró que V presentaba recurrencia de la sintomatología neurológica sin valoración por neurología y, por ende, sin tratamiento, así como estado general afectado, puesto que mostraba irritabilidad, indiferencia al medio, vómito, lo que abonó el deterioro del estado de su salud, al no recibir la atención médica que requería, por lo que se consultó un médico particular.

**39.** De lo expuesto, es evidente para esta Comisión Nacional que AR2 no proporcionó una atención médica adecuada, al ordenar el egreso de V, sin tomar en cuenta tanto los antecedentes médicos de relevancia, como los síntomas de afectación general que presentaba en el momento que lo examinó, así como por no considerar que dichas situaciones se encontraban dentro de los criterios para ordenar la hospitalización contenidos en la Guía antes referida, situación que necesariamente contribuyó al deterioro de su salud.

**40.** Por otra parte, quedó también acreditado en el expediente que nos ocupa, que el 6 de mayo de 2016, a las 13:30 horas, V fue llevado por segunda ocasión al servicio de urgencias del Hospital General Tecate, expresándose en la nota médica correspondiente que el motivo de consulta era “*rinorrea y tos*”, estableciéndose por la médico de turno como diagnóstico epilepsia con deterioro neurológico de 24 horas de evolución, deshidratación y faringitis, además de dejar asentado en la nota el antecedente de que V había presentado diagnóstico reciente de epilepsia y que tenía control farmacológico prescrito por médico neurólogo privado. Finalmente, a las 13:58 horas, la citada médica también solicitó la valoración del especialista en Pediatría.

**41.** A las 18:19 horas del mismo día, aproximadamente cinco horas después de su arribo al servicio de Urgencias, se registró la valoración de V por parte de AR3, a quien le informaron los antecedentes de importancia, así como la epilepsia de reciente diagnóstico y el motivo de su ingreso al servicio de urgencias. Dentro de su

análisis, AR3 manifestó que V se encontraba con descontrol epiléptico secundario al cuadro infeccioso de vías respiratorias inferiores de etiología viral, iniciando tratamiento farmacológico.

**42.** Respecto de lo anterior, se estableció en la opinión médica de 28 de febrero de 2017, emitida por este Organismo Nacional, que AR3 no efectuó el diagnóstico de V de acuerdo a los antecedentes expresados por la médico del turno previo, y no vigiló las condiciones clínicas del estado neurológico y respiratorio del mismo, a pesar de que era de su conocimiento que ya presentaba datos de gravedad relacionados con su problema respiratorio, al referir dicha médico en su nota inicial de urgencias de esa fecha que V presentaba *“Rinorrea y tos productiva; retracción xifoidea; tiraje intercostal (leve); estertores crepitantes gruesos bilaterales de predominio en bases y parahiliar, así como síntomas generales como: Malestar general; hiporexia (disminución del apetito); somnolencia; vómito y deshidratación. Además, existía conocimiento del antecedente de enfermedad neurológica de reciente diagnóstico (epilepsia frontal)”*; no obstante, AR3 ordenó su egreso, por tercera ocasión, sin que se atendieran sus problemas de salud de manera integral.

**43.** Aunado a lo expuesto, en el dictamen médico de este Organismo Nacional se señaló que AR3 no insistió en la realización de la evaluación pediátrica de V, pese a que ya habían pasado 3 horas de que se había solicitado, pues la misma fue ordenada desde las 14:00 horas por la médico de turno previo, y como se desprende del informe rendido por AR4, a este se le notificó tal solicitud de valoración hasta las 17:00 horas, a pesar de que se encontraba disponible, según su horario laboral, desde las 14:00 horas.

**44.** En conexión con lo anterior, en el expediente clínico en estudio se advierte que no existe ninguna nota médica de evolución del turno vespertino de 6 de mayo de 2016, desconociéndose por tal motivo la evolución clínica de V, ya que solamente se aprecia un espacio en blanco donde cronológicamente debería estar indicada dicha nota, responsabilidad imputable a AR3, por lo que en el dictamen médico de este Organismo Nacional se consideró que se incumplió lo indicado en la norma

oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012<sup>12</sup>, Del expediente clínico, en su numeral (7) que establece obligaciones sobre las “*notas médicas en urgencias*”.

**45.** En el análisis médico legal de esta Comisión Nacional, se concluyó que AR3 no realizó un diagnóstico adecuado del estado de salud de V, considerando los antecedentes médicos de importancia que presentaba; que omitió vigilar las condiciones clínicas de su estado neurológico y respiratorio, no insistir en la realización de la valoración por parte del pediatra y no registrar la nota médica de evolución del turno vespertino, omisiones que en su conjunto contribuyeron de manera significativa al deterioro del estado de salud de V y en su posterior fallecimiento.

**46.** En lo que respecta a la atención brindada por AR4, el mismo 6 de mayo de 2016 se estableció en la opinión médica que obra en el presente expediente, que desde el punto de vista médico legal fue inadecuada para el padecimiento de V ya que, al igual que AR3, no tomó en consideración los antecedentes médicos que eran de suma importancia para conocer el padecimiento que cursaba, a que no valoró de forma integral a V quien presentaba datos específicos de una infección nosocomial respiratoria, con criterios objetivos de gravedad cuyo manejo orientaba a la referencia inmediata a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; además del problema neurológico grave manifestado por él mismo como “...*estatus epiléptico...*”<sup>13</sup>, pues sólo indicó tratamiento para la estabilización del evento epiléptico y egreso a domicilio.

**47.** En el dictamen médico de este Organismo Nacional se determinó que “*debido a la omisión descrita, las condiciones respiratorias del menor evolucionaron hacia el*

---

<sup>12</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación el lunes 15 de octubre de 2012.

<sup>13</sup> “*Es una condición neurológica grave que se manifiesta por un descontrol de crisis convulsivas continuas (dos o más) entre 5 y 30 minutos de duración y no permiten la recuperación de la vigilia y la conciencia del enfermo.*” Definición de la Guía de referencia rápida “*Diagnóstico y Tratamiento Oportuno del Estado Epiléptico en el primero y segundo niveles de atención*” del Consejo de Salubridad General.



*deterioro que requirió de intubación y apoyo ventilatorio; además de traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos en forma tardía...”*

**48.** El mismo día 06 de mayo de 2016, a las 23:20 horas, V fue ingresado nuevamente en el Hospital General Tijuana, proveniente del Hospital General Tecate, presentó los síntomas descritos en la valoración médica como “...*crisis convulsivas, fiebre, tos con flema...*”, la clasificación *Triage* determinó una emergencia real con atención médica inmediata.

**49.** En la nota médica correspondiente, el médico receptor en el Hospital General Tijuana tomó en cuenta los antecedentes de importancia establecidos en la hoja de referencia e indicó el traslado de un paciente grave. Los resultados gasométricos determinaron una “*acidosis respiratoria*”<sup>14</sup> que se trató de revertir por ventilación mecánica.

**50.** A la 01:20 horas del 7 de mayo de 2016 y posterior a dos horas de estancia intrahospitalaria, V presentó paro cardíaco, no respondió a maniobras de resucitación ni aplicación de medicamentos y se declaró su fallecimiento, según lo establecido en la nota respectiva firmada por el médico de guardia en el servicio de Urgencias del Hospital General Tijuana, en la que además se anotó que V presentaba acidosis respiratoria, epilepsia y neumonía, padecimientos que quedaron apuntados como causa de muerte en el acta de defunción: “*Choque mixto, acidosis respiratoria, neumonía de la comunidad, epilepsia frontal izquierda*”.

**51.** De lo antes expuesto queda de manifiesto que entre las causas del deceso de V, se encuentran dos padecimientos relacionados con afecciones de las vías respiratorias, uno de tipo neurológico y que, como ya quedó establecido en párrafos anteriores, fueron el origen de la solicitud de atención médica de V desde el 25 de abril de 2016, que acudió por primera vez al Hospital General Tecate y en una segunda ocasión a dicho nosocomio, el 6 de mayo del mismo año.

---

<sup>14</sup> “*Es una afección que ocurre cuando los pulmones no pueden eliminar todo el dióxido de carbono que produce el cuerpo. Esto hace que los líquidos del cuerpo, especialmente la sangre, se vuelvan demasiado ácidos*”.

**52.** Igualmente, ingresó por dichas causas al Hospital General Tijuana el citado 25 de abril y fue dado de alta por una supuesta mejoría el 28 del mismo mes y año, sin embargo, ante la falta de resolución del problema médico de fondo, regresó al día siguiente, 29 de abril de 2016, sin ser ingresado a pesar de los antecedentes médicos de importancia que presentaba, de lo que se advierte que el padecimiento de V, no fue atendido debidamente, ni resuelto, a pesar de ser la razón inicial de su solicitud de consulta.

**53.** Finalmente, transcurridos 12 días (25 de abril de 2017) desde la solicitud inicial de atención médica de V, el 6 de mayo de la misma anualidad ingresó por última ocasión al Hospital General Tijuana y falleció al día siguiente como consecuencia de la falta de una valoración integral por parte de AR1, AR2, AR3 y AR4, y de un eficaz tratamiento para restablecer su estado de salud, según dictamen médico de este Organismo Autónomo.

**54.** De lo expuesto, se concluye que AR1 y AR2, adscritos al Hospital General Tijuana, incumplieron con su deber de garantizar calidad y oportunidad en la atención médica de V, ya que el primero de ellos ordenó su egreso diagnosticando una intoxicación medicamentosa, para cuya conclusión no contaba con elementos suficientes, no confirmó o indicó un tratamiento en relación al padecimiento neurológico, ni lo remitió con el especialista en neurología para que lo tratara. Igualmente, omitió atender la infección de vías respiratorias superiores por la que V ingresó, y por la que volvió a ser internado con posterioridad.

**55.** Por lo que respecta a AR2, quedó acreditado que incurrió en omisiones al ordenar el egreso de V sin considerar los antecedentes médicos previos y los síntomas de afectación general que presentaba en el momento que lo examinó, desatendiendo con ello los criterios establecidos en la referida Guía de Práctica Clínica para el *“Diagnóstico y Tratamiento de la Primera Crisis Convulsiva en Niños”*, que sugerían la necesidad de hospitalización ante casos como el presentado por V.

**56.** En relación a AR3 y AR4, que prestan sus servicios en el Hospital General Tecate, quienes también incumplieron con su deber de garantizar calidad y

oportunidad en la atención médica de V, ya que ambos omitieron considerar los antecedentes médicos de importancia que presentaba y, en consecuencia, no lo valoraron de forma integral. En particular, AR3 no vigiló las condiciones clínicas del estado neurológico y respiratorio de V, además de no insistir en la realización de la valoración por parte del pediatra y no registrar su evolución en el turno vespertino. Por su parte, AR4 no tomó en consideración que V presentaba síntomas contundentes de una infección nosocomial respiratoria grave que requería la referencia inmediata a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, aunado al problema neurológico que presentaba, pero contrario a ello indicó tratamiento y egreso a domicilio.

**57.** Con lo anterior, AR1, AR2, AR3 y AR4 contravinieron lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III y IV; 32, 33, fracciones I y II; 51, 61 fracción I, 77 bis 9, fracciones V y VIII de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, "*Del expediente clínico*", vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V, tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto, constitucional, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("*Protocolo de San Salvador*"), así como la Observación General 14 "*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*", del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

## **B. Derecho a la vida**

**58.** El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño.

**59.** De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo 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.<sup>15</sup>

**60.** En el “*Caso Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala*” la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Cridh) señaló que la protección activa del derecho a la vida por parte del Estado, involucra a todas sus instituciones<sup>16</sup>.

**61.** En concordancia con lo anterior, existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, los cuales, a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados por el gremio clínico como referentes que regulan el actuar profesional; en ese sentido, destacan la “*Declaración de Ginebra*” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, el “*Código Internacional de Ética Médica*” adoptado por la Asociación Médica Mundial en 1949 y la “*Declaración de Lisboa*” adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1981 como documentos rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos de preservar la vida de sus pacientes.<sup>17</sup>

**62.** En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V por el personal médico del Hospital General Tecate y del Hospital General Tijuana, deben ser reproducidas como soporte que permite acreditar la violación al derecho a la vida de V.

**63.** Esta Comisión Nacional observó que la inadecuada atención médica que AR1 brindó a V, al ordenar su egreso por un diagnóstico del que no contaba con elementos suficientes, contribuyó a que no se atendiera el verdadero problema de salud que

---

<sup>15</sup> CNDH. Recomendaciones 66/2016, p. 34; 47/2016, p. 61y 35/2016. p. 180.

<sup>16</sup> Sentencia de Fondo, 19 de noviembre de 1999, párr. 144. CNDH. Recomendaciones 56/2017, p.75; 50/2017, p. 65; 66/2016, p. 35; y 47/2016, p. 62.

<sup>17</sup> CNDH. Recomendaciones 56/2017, p.76; m50/2017, p. 66; 66/2016, p. 36; y 47/2016, p.63.

presentaba, lo que favoreció el deterioro de su estado de salud, aunado a que AR2 omitió realizar el ingreso hospitalario de V el 29 de abril de 2016, quien requirió atención nuevamente, esto de acuerdo a los criterios establecidos en la Guía de Práctica Clínica para el *“Diagnóstico y Tratamiento de la Primera Crisis Convulsiva en Niños”*.

**64.** Por lo que respecta a AR3 y AR4, al no considerar los antecedentes médicos de importancia de V, no llevaron a cabo un adecuado diagnóstico, además el primero de ellos no vigiló su estado neurológico y respiratorio, igualmente omitió solicitar de forma inmediata la valoración médica por parte del área de pediatría y el segundo no lo valoró de forma integral, ya que en caso de haberlo hecho debió ordenar su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y no su egreso a domicilio como aconteció, situaciones que en conjunto contribuyeron al deterioro del estado de salud de V y su posterior fallecimiento como ya quedó establecido en párrafos anteriores.

### **C. Principio del Interés Superior de la Niñez**

**65.** Al tratarse V de un niño de 1 año 1 mes, perteneciente a un grupo en situación de vulnerabilidad por su corta edad, en este caso son aplicables los artículos 14 y 50 de la Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes; 6.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 1.1 y 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; y los principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño, que en términos generales establecen los derechos de niños, niñas y adolescentes a la máxima medida posible de supervivencia y desarrollo, al más alto nivel de salud y a las medidas de protección que en su condición de niños debe garantizar el Estado.

**66.** De conformidad con el artículo 4º, párrafo nueve, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos *“...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...”*.

**67.** De igual forma, la Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 3.1, establece que en todas las medidas que tomen las instituciones públicas o privadas

de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos concernientes a los niños, se atenderá su interés superior.

**68.** En concordancia con lo anterior, el artículo 1.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos refiere que las autoridades del Estado tienen el deber no sólo de respetar los derechos humanos de las personas, sino de tomar las medidas de cualquier naturaleza que resulten necesarias para salvaguardar sus derechos atendiendo a sus necesidades particulares o a su tipo de vulnerabilidad.

**69.** La CrIDH en el “*Caso Furlán y familiares vs. Argentina*”<sup>18</sup> ha reconocido que el interés superior del niño como “*principio regulador de la normativa de los derechos del niño se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de las niñas y los niños, y en la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades*”. Asimismo, que el preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que éste requiere cuidados especiales, por lo que es preciso ponderar no sólo el requerimiento de medidas particulares, sino también las características propias de la situación en la que se hallen la niña, niño o adolescente.<sup>19</sup>

**70.** La “*Observación General número 14*”, sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial del Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas<sup>20</sup> señala que: “*La plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holística del niño y promover su dignidad humana...*”

**71.** En jurisprudencia constitucional, la Suprema Corte de Justicia de la Nación<sup>21</sup> estableció que el principio del interés superior de la niñez “*implica que la protección de sus derechos debe realizarse por parte de las autoridades a través de medidas*

---

<sup>18</sup> Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 31 de agosto de 2012, párr. 126.

<sup>19</sup> CNDH. Recomendaciones 50/2017, p. 74 y 3/2016, p. 85.

<sup>20</sup> Introducción, inciso A, numeral 5.

<sup>21</sup> “*Interés Superior de los Menores de Edad. Necesidad de un Escrutinio Estricto Cuando se Afecten Sus Intereses.*” Semanario Judicial de la Federación, septiembre de 2016, registro 2012592.

*reforzadas o agravadas en todos los ámbitos que estén relacionados directa o indirectamente con los niños, niñas y adolescentes, ya que sus intereses deben protegerse siempre con una mayor intensidad”.*

**72.** Del análisis de las evidencias reseñadas y analizadas se advierte que no obstante que V en su calidad de niño requería de una mayor protección, no sólo por su situación de vulnerabilidad, sino también por el interés específico de la sociedad en velar porque los niños, niñas y adolescentes alcancen su pleno desarrollo, AR1, AR2, AR3, AR4 no atendieron la condición de V, pues no le proporcionaron una atención con calidad para proteger y restaurar su salud y evitar la pérdida de su vida al ser omisos en brindarle atención integral, considerar los antecedentes médicos previos, no vigilar las condiciones de su estado neurológico y respiratorio, entre otras que fueron reseñadas en los párrafos que anteceden.

**73.** Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3, AR4 transgredieron además el artículo 12.2 inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en términos generales obligan al Estado a hacer efectivo el derecho a la salud, reduciendo la *“mortinatalidad y la mortalidad infantil...”*.

#### **D. Derecho a la verdad.**

**74.** La historia clínica representa la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que tiene un valor fundamental, no solamente desde el punto de vista clínico, sino también para analizar la actuación del prestador del servicio de salud.<sup>22</sup>

**75.** En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con*

---

<sup>22</sup> CNDH. Recomendación 56/2017 p. 116.

*efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad*"<sup>23</sup>.

**76.** Resulta aplicable en la especie, la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador” del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, en cuyo párrafo 68 refiere: “...*la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.*”; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.<sup>24</sup>

**77.** De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que no se registró la nota médica de evolución del turno vespertino del 6 de mayo de 2016, ya que en la foja 196 existe un espacio en blanco donde cronológicamente debería estar anotada, desconociéndose la evolución clínica de V, omisión imputable a AR3, infringiendo con ello el numeral 7 de la NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*”, que estatuye la forma en la que deberán elaborarse las notas médicas en urgencias.

**78.** Sumado a lo anterior, de la copia de los expedientes clínicos de V que solicitó este Organismo Nacional al IMSS, en el dictamen médico de esta Comisión se advirtió que hay notas médicas que incumplen con la norma pre-citada, pues en algunas no tienen hora de realización, carecen del nombre del responsable o tiene anotaciones ilegibles. De manera enunciativa mas no restrictiva, se reseñan, entre otras, las siguientes:

---

<sup>23</sup> CNDH. Recomendación General. Del 31 de enero de 2017, p. 35.

<sup>24</sup> CNDH. Recomendaciones 56/2017, p. 120; 50/2017, p. 88; 47/2016, p. 87; 35/2016, p. 171 y 14/2016, p.41.



<b>Evidencia</b>	<b>Nota Médica</b>	<b>Omisión</b>	<b>Punto Incumplido de la Norma<sup>25</sup></b>
9.1.1	Solicitud de interconsulta	Sin hora, sin nombre y firma.	<b>5.10 y 5.11.</b>
9.1.4	Solicitud de interconsulta del 25 de abril de 2016, suscrita médico responsable en el Hospital General Tecate, mediante el cual solicita traslado de V al Hospital General Tijuana	Sin hora	<b>5.10</b>
9.1.6	Nota Médica de Valoración de Infectología de 26 de abril de 2016.	Sin hora	<b>5.10</b>
9.1.9	Control de signos vitales por horario, elaborado en el Hospital General Tecate	Sin hora, sin nombre de enfermera responsable	<b>5.10</b>
9.1.10	Solicitud de interconsulta del 6 de mayo de 2016, suscrita por el médico responsable en el Hospital General Tecate, mediante el cual solicita traslado de V al Hospital General Tijuana	Sin hora, sin nombre de médico	<b>5.10</b>

**79.** Para esta Comisión Nacional, las irregularidades descritas en el párrafo anterior vulneran el derecho de las víctimas y sus familiares de conocer la verdad con certeza, respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud, siendo esto un obstáculo para conocer el expediente clínico de forma detallada de los pacientes con el fin de deslindar las responsabilidades correspondientes.

<sup>25</sup> NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico".

**80.** También se ha enfatizado en la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*”, en la que se describe la obligación de los citados prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como lo ha venido sosteniendo esta Comisión Nacional en diversos precedentes de Recomendaciones, entre otras, la 1/2011, 14/2012, 13/2013, 20/2014, 39/2015, 8/2016, 40/2016, 47/2016, entre otras, en los siguientes términos:

*“La apropiada integración del expediente clínico (...) [en términos de lo que dispone la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”, es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su cumplimiento, de manera que, como parte de la prevención a que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la citada norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.”<sup>26</sup>*

- **Responsabilidad.**

**81.** Conforme a lo expuesto, AR1 adscrito al Hospital General Tijuana brindó una atención médica inadecuada a V, en razón de que ordenó su egreso estableciendo un diagnóstico para cuya conclusión no contaba con elementos suficientes, situación que ocasionó una falta de atención al verdadero problema de salud presentado por V; además, ordenó dicho egreso sin confirmar el diagnóstico del padecimiento neurológico y tampoco lo refirió con el neurólogo que resultaba el especialista idóneo para su atención; igualmente omitió establecer la situación clínica de la infección de vías respiratorias superiores por la que ingresó V, ya que no registró datos de la evolución de ésta, ni indicaciones o manejo a su egreso hospitalario, lo que favoreció

---

<sup>26</sup> CNDH. Recomendaciones 50/2017, p. 86; 66/2016, p. 74 y 47/2016, p. 86.

que se deteriorara su estado de salud, que aunado a las deficientes atenciones recibidas con posterioridad derivó en su fallecimiento.

**82.** La responsabilidad de AR2 proviene de la omisión en que incurrió al no realizar el ingreso hospitalario de V, lo que se considera negligencia por omisión, misma que influyó en el deterioro del estado de salud del agraviado, ya que no tomó en cuenta los antecedentes médicos de relevancia y no se apegó a los criterios de hospitalización contenidos en la citada Guía de Práctica Clínica para el “*Diagnóstico y Tratamiento de la Primera Crisis Convulsiva en Niños*”, que señalaban el necesario ingreso hospitalario de V.

**83.** Por su parte, AR3 incurrió en negligencia por omisión ya que no efectuó el diagnóstico adecuado, considerando los antecedentes médicos de V, así como su falta de apego a la vigilancia de las condiciones clínicas del estado neurológico y respiratorio de aquél y no solicitar de inmediato la valoración médica por el especialista de pediatría. Además, incurrió en inobservancia a lo estipulado en la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, “*Del expediente clínico*” en su numeral 7. Dichas acciones contribuyeron en el deterioro del estado de salud de V y en su posterior fallecimiento.

**84.** Finalmente, AR4 incurrió en negligencia por omisión ya que no consideró los antecedentes médicos de importancia de V, no lo valoró de forma completa, por lo que no advirtió que presentaba datos específicos del diagnóstico de una infección respiratoria con criterios objetivos de gravedad cuyo manejo orientaba a la referencia inmediata a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, y de manera contraria indicó tratamiento para la estabilización del evento epiléptico y egreso a domicilio. Dicha situación contribuyó en el deterioro del estado de salud de V y en su posterior fallecimiento.

**85.** Asimismo, AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I, VI y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos aplicable al presente caso, y 303 y 303 A, de la Ley del Seguro Social, en los que se prevé la obligación que tienen los

servidores públicos 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.

**86.** Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con evidencias suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie e integre el procedimiento administrativo de investigación correspondiente contra AR1, AR2, AR3 y AR4, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación. En este sentido, este Organismo Nacional considera necesario que se incorpore una copia del presente documento a la AP instruida en la PGR en Tijuana, Baja California.

- **Reparación integral del daño a la víctima. Formas de dar cumplimiento a la Recomendación.**

**87.** Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño, derivado de la responsabilidad institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, empero, el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, último párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, prevé la posibilidad de que al evidenciarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública deberá 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 hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar,

sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

**88.** De conformidad con los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 7, fracción II y 26 de la Ley General de Víctimas, que prevé la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno a reparar a las víctimas de una forma integral, y de manera correlativa a esta obligación, el derecho que tienen las víctimas a ser reparadas de manera integral por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones a derechos humanos que les causaron, a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

### ***I. Medidas de Rehabilitación.***

**89.** Para reparar el daño causado a la víctima, deberá considerarse el daño psicológico que sufrió Q1 por el fallecimiento de V, por lo que se le tiene que localizar y tener un acercamiento con el mismo para determinar la atención psicológica y tanatológica que sea indispensable, la que deberá ser proporcionada por profesionales especializados hasta la total rehabilitación de los familiares. Esta atención deberá ser gratuita y brindarse en un lugar accesible.

### ***II. Compensación.***

**90.** La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, se considera necesario que el IMSS deberá otorgar una indemnización a Q1, y lo inscriban en el Registro Nacional de Víctimas, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 88, fracción II, 96, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas; por las violaciones a sus derechos humanos evidenciadas, como consecuencia de la responsabilidad en que incurrió el personal de esas dependencias en los términos descritos en esta Recomendación, mismo que se dará por cumplido cuando se remitan a este Organismo Nacional las pruebas con las que se acredite su cumplimiento.

### ***III. Garantías de no repetición***

**91.** 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 ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

**92.** Al respecto, la autoridad responsable deberá implementar un curso integral en materia de derechos humanos en el Hospital General Tecate y en el Hospital General Tijuana, relacionado con la aplicación de la normatividad y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud. Este punto se tendrá por cumplido una vez que se envíe a esta Comisión Nacional la documentación que acredite que se impartieron los citados cursos y que se emitieron las circulares correspondientes.

### ***IV. Satisfacción.***

**93.** Con respecto a la colaboración en la presentación de la queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS y la denuncia ante la Procuraduría General de la República, deberán informarse sobre las acciones de colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de esas instancias de forma oportuna y completa.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos le formula a usted señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, respetuosamente, las siguientes:

### **V. RECOMENDACIONES.**

**PRIMERA.** Se tomen las medidas para reparar el daño ocasionado a Q1, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del IMSS en Tecate y Tijuana, Baja California, involucrado en los hechos que derivaron en la pérdida de la vida de V conforme a la Ley General de Víctimas; que incluya una compensación, se les proporcione atención médica, psicológica y tanatológica con base en las

consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Inscribir a Q1 en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de tener acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**TERCERA.** Se colabore con esta Comisión Nacional en la presentación y seguimiento de la queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, contra los servidores públicos involucrados en los hechos motivo de la presente Recomendación y se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su colaboración.

**CUARTA.** Se colabore en la presentación de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Procuraduría General de la República en contra del personal médico, y quien resulte responsable por las acciones y omisiones cometidas durante la atención de V, que derivaron en la pérdida de su vida y se remita a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las constancias que acrediten dicha colaboración.

**QUINTA.** En el plazo de tres meses se diseñe e imparta a personal del Hospital General Tecate, así como del Hospital General Tijuana, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos relacionado con la observancia de la aplicación de la normatividad y de las normas oficiales mexicanas en materia de salud, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

**SEXTA.** En el plazo de un mes, se emita una circular a través de la cual se instruya a los servidores públicos del Hospital General Tecate, así como del Hospital General Tijuana para que se implementen las medidas pertinentes de prevención y supervisión, que permitan garantizar la debida integración del expediente clínico, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y en la norma oficial

mexicana citada, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SÉPTIMA.** En el plazo de un mes, se emita una circular a través de la cual se exhorte, en los casos que así proceda, a los servidores públicos del Hospital General Tecate, así como del Hospital General Tijuana a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que se acredite tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

**OCTAVA.** Se designe al servidor público 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 sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

**94.** 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 las conductas irregulares cometidas por servidores públicos 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.

**95.** 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.



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

**97.** Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15 fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o, en sus recesos, a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

**EL PRESIDENTE**

**LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ**