



Gaceta de derechos humanos



Órgano informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México Año XI núm. 159 abril de 2017

SUMARIO

Asesorías y quejas	1
Recomendación núm. 8 (Expediente CODHEM/ATL/269/2015)	3
Recomendación núm. 9 (Expediente CODHEM/ATL/269/2015)	18

ASESORÍAS Y QUEJAS

REPORTE DEL 1 AL 31 DE MARZO

En el mes, la Codhem recibió, tramitó y dio seguimiento a quejas, además de proporcionar asesorías jurídicas en diversas materias a personas de diferentes sectores, según se reporta.

Reporte de expedientes de queja por Visitaduría General (VG)										
	Toluca	Tlalnepantla	Chalco	Nezahualcóyotl	Ecatepec	Naucalpan	Atlacomulco	Supervisión Penitenciaria	Tenango del Valle	Total
Quejas radicadas	106	139	61	126	129	60	45	65	33	764
Solicitudes de informe	122	211	38	173	160	21	60	84	35	904
Solicitud de medidas precautorias	22	29	11	27	12	6	16	12	7	142
Recursos de queja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Recursos de impugnación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Recursos de reconsideración	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Recomendaciones emitidas	-	-	-	-	-	-	3	-	-	3
Expedientes concluidos	129	119	76	93	88	67	71	109	4	756
- Quejas acumuladas	6	3	-	4	4	1	-	2	-	20
Expedientes en trámite*	594	443	216	110	352	92	67	187	42	2103

* Incluye expedientes de años anteriores.



Asesorías											
VG sede Toluca	VG sede Tlalnepantla	VG sede Chalco	VG sede Nezahualcóyotl	VG sede Ecatepec	VG sede Naucalpan	VG sede Atlacomulco	Supervisión Penitenciaria	VG sede Tenango del Valle	Unidad de Orientación y Recepción de queja	Secretaría General	Total
59	258	172	274	234	134	111	125	18	468	-	1853

Causas de conclusión*	Número	Total
I. Por haberse dictado la recomendación correspondiente		2
II. Por haberse emitido una resolución de no responsabilidad		-
III. Por haberse solucionado la queja mediante el procedimiento de mediación y conciliación		17
a) Mediación	2	
b) Conciliación	15	
IV. Por haberse solucionado la queja durante el trámite respectivo		359
V. Por no tratarse de violaciones a derechos humanos		255
VI. Por incompetencia		48
1. Asuntos electorales	-	
2. Asuntos jurisdiccionales	9	
3. Consultas que formulen las autoridades, los particulares u otras entidades sobre interpretación de disposiciones constitucionales y legales	-	
4. Casos en que se puede comprometer o vulnerar la autonomía o autoridad moral del organismo	-	
5. Asuntos de la competencia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos	37	
6. Asuntos de la competencia de organismos públicos de derechos humanos de otro estado	2	
VII. Por existir alguna causal de improcedencia, en términos de los artículos 61 y 69 de la ley correspondiente		64
a) Quejas extemporáneas	2	
b) Quejas notoriamente improcedentes	62	
VIII. Por desistimiento del quejoso, ratificado ante el organismo		11
		756

* El expediente de queja CODHEM/ ATL/269/2015 derivó en dos Recomendaciones (08/2017 y 09/2017).

SÍNTESIS DE RECOMENDACIÓN

Recomendación Núm. 8/2017*

* Emitida por este Organismo a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México, el treinta de marzo de dos mil diecisiete, sobre el caso de falta de atención médica integral en agravio de V1. El texto íntegro del documento de Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 46 fojas.

Concluida la investigación de los hechos referidos en el expediente CODHEM/ATL/269/2015, esta Comisión procedió al análisis de la queja, a la valoración de los informes allegados, de las pruebas aportadas y demás evidencias reunidas con motivo de la sustanciación del procedimiento y, para resolver si existen elementos que comprueben violaciones a derechos humanos en agravio de V1 realizó las consideraciones siguientes:

DESCRIPCIÓN DEL HECHO Y DE LA QUEJA

En la primera semana de abril de 2014, V2 acudió al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, para solicitar la aplicación de vacunas a su hijo V1; siendo atendida por la cuidadora de salud SPR1; no obstante, durante dicha actuación no se diagnosticó de manera adecuada el estado de salud de V1, omitiendo además brindar a V2 consejería acerca de un adecuado plan de alimentación.

Asimismo, en abril de dos mil catorce Q y su esposa V2 acudieron a dicho Centro de Salud Rural; con el fin de llevar a V1 a consulta, siendo atendidos por la enfermera SPR2. Con posterioridad, asistieron al Centro de Salud Bicentenario de Acambay, específicamente al área de pediatría, en donde personal médico de esa institución les solicitó que regresaran al centro de salud rural a fin de que se les proporcionara el expediente clínico de V1; hecho que no fue posible toda vez que la enfermera SPR2 les negó el servicio argumentando que no podía realizar dicho acto, en razón de que V1 no presentaba enfermedad que se considerara grave.

Un año después, a las quince horas con cincuenta minutos del siete de mayo de dos mil

quince, Q y V2 concurren al Centro de Salud Rural de Mado Sector I, solicitando una consulta para V1, quien presentaba un cuadro de fiebre no cuantificada y evacuación diarreica; por lo que fueron atendidos por el médico pasante en servicio social MPSSR, quien señaló que se encontraba con signos vitales normales, refiriendo únicamente subhidratación, por lo que después de elaborar el diagnóstico, citó para nueva consulta a Q y a V2.

Así, en la segunda ocasión, el veintiocho de mayo de ese año, tras llevar a cabo la exploración física, MPSSR diagnosticó balanitis;¹ señalando nueva cita para el día siguiente con el fin de referirlo a segundo nivel; toda vez que en esa fecha no se contaba con el sistema de referencia.

Finalmente Q y V2 acudieron al Hospital para el Niño, dependiente del Instituto Materno Infantil del Estado de México, donde V1 falleció el seis de junio de dos mil quince.

Por lo anteriormente descrito, Q presentó queja ante este Organismo el once de junio de dos mil quince. Esencialmente, Q y V2 pretenden la investigación de los hechos, además de que se indague la responsabilidad en que pudieron incurrir servidores públicos adscritos al Instituto de Salud del Estado de México, en perjuicio de V1.

¹ La balanitis de Zoon (BZ) es una dermatosis inflamatoria del pene, de tipo plasmocelular circunscrita, de etiología idiopática. Ha sido llamada de diferentes formas, entre ellas: balanitis/vulvitis de células plasmáticas, balanitis plasmocelular circunscrita, eritroplasia de Zoon. Consultado el siete de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/dermatol-2010/cd103e.pdf>.



PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En la integración del expediente de queja se requirió el informe de Ley al Instituto de Salud del Estado de México, organismo del que depende el Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay; en colaboración se solicitó peritaje técnico-médico institucional a la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de la Entidad; se recabaron las comparecencias de los servidores públicos involucrados y de personal de salud de dicha unidad médica; además se recibieron, admitieron, desahogaron y valoraron las pruebas ofrecidas; de donde derivaron las siguientes:

PONDERACIONES

I. PREÁMBULO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que el derecho a la salud se entiende como el grado máximo que se puede lograr de la misma, exigiendo al mismo tiempo un conjunto de criterios sociales que propicien el desarrollo pleno de este derecho para todas las personas y entre los que se encuentran: la disponibilidad y acceso a los servicios sanitarios, las condiciones de trabajo seguras, la vivienda adecuada y los alimentos nutritivos.²

Bajo esa óptica, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud refiere que la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, correspondiendo a los Gobiernos la responsabilidad de la salud de sus pueblos; hecho que se puede lograr únicamente al proporcionar medidas adecuadas sociales y de salud.³

De igual manera, la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, menciona que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, en espe-

² Consultado el ocho de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.

³ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, incluido México y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas posteriores se han incorporado al texto actual.

cial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.⁴

En consecuencia, el derecho a la salud al ser un derecho de tipo social, se convierte en el medio para que el aparato estatal por medio de las diversas atribuciones que posee, proporcione y garantice las condiciones necesarias a fin de que la salud de la población se encuentre protegida. No obstante, conviene subrayar que el derecho a la salud no debe observarse exclusivamente como la ausencia de enfermedad; sino que también engloba otros elementos tales como el acceso a una atención médica que tenga como objetivos prevenir, educar, detectar y proporcionar los medios idóneos para el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios del sistema de salud.

Aunado a lo anterior, un elemento esencial dentro del derecho en estudio, es el relativo al cuidado y protección de aquellos grupos que debido a determinadas circunstancias, tales como la edad, el sexo, el estado civil y el origen étnico, se vuelven más vulnerables a que sus derechos humanos puedan ser violados, corriendo el riesgo de que se impida su acceso e incorporación a mejores condiciones de vida.⁵ De ahí que, el cuidado y la protección de la mujer y de la niñez, posean una atención especial dentro del derecho a la salud por ser considerados grupos con mayor vulnerabilidad; suponiendo así el acceso a oportunidades dignas que les permitan disfrutar y lograr el grado máximo de salud.

Obligación que se encuentra prevista en documentos internacionales de derechos humanos, tales como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer,⁶ la cual establece que los Estados adoptarán medidas que eliminen la discriminación, la violencia y el maltrato en contra de la mujer, recomendando se tutele un libre acceso a los servicios relacionados

⁴ Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217 A (III). Consultado el ocho de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.

⁵ Artículo 5 fracción VI de la Ley General de Desarrollo Social publicada en el Diario Oficial de la Federación el veinte de enero de dos mil cuatro.

⁶ Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; ratificado por México el 23 de marzo de 1981 y entrando en vigor el 3 de septiembre de 1981.

con el embarazo, el parto y el puerperio privilegiando los cuidados y la atención médica.

Mientras tanto, con relación a la niñez, la Convención sobre los Derechos del Niño señala que los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Aunado a ello, puntualiza la necesidad de esforzarse por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.⁷

No obstante, uno de los problemas en la actualidad, es el relativo a la accesibilidad en la atención médica y a la consecuente preservación de la salud, lo que si bien en un principio supone el autocuidado de la persona humana, en otros casos la negativa o la imprudencia en la atención, se vuelven factores directos que propician la afectación de este derecho humano. En ese entendido, la atención del paciente, máxime cuando se trata de niños y niñas, debe desarrollarse mediante la actuación legal, moral y sujeta a conocimientos y habilidades actualizadas según la ciencia y la práctica médica de aquellos encargados de la prestación del servicio de salud.

En el caso concreto, servidores públicos adscritos al Instituto de Salud del Estado de México, en el ejercicio de un deber encomendado por la ley, brindaron una atención médica que se consideró vulneradora a derechos humanos, en virtud de que, según las evidencias reunidas en el expediente de investigación, se desprendió que afectaron el derecho humano a la protección de la salud en la persona de **V1**, lo que más adelante tendría como desenlace su deceso; además de provocar daños inmateriales⁸ en **V2** y **Q**.

⁷ Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989; con entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990. Dicho documento fue ratificado por México el 21 de septiembre de 1990.

⁸ Cfr. LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE REPARACIONES Y LOS CRITERIOS DEL PROYECTO DE ARTÍCULOS SOBRE RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR HECHOS INTERNACIONALMENTE ILÍCITOS, pp. 109 – 111. La Corte Interamericana entiende que el daño moral o inmaterial “puede comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, y el menoscabo de valores muy significativos para las personas, como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condicio-

Lo anterior es así, toda vez que **V1** requirió asistencia médica los días siete y veintiocho de mayo de dos mil quince, siendo atendido en el Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, en donde no le fue diagnosticado ni identificado correctamente el estado de desnutrición que presentaba, sin que **V2** y **Q**, recibieran consejería sobre una buena nutrición. Asimismo, no fue referido inmediatamente a un segundo nivel para una atención integral y oportuna.

Posterior a ello, es hasta el dos de junio de dos mil quince, cuando **Q** y **V2** acudieron con **V1** al Hospital Para el Niño en Toluca, nosocomio en el cual se le diagnosticó neumonía adquirida en la comunidad, sin que fuera ingresado en el área médica específica para su cuidado; además se omitieron otros actos médicos tales como la práctica de electrocardiogramas, monitorizaciones con exámenes de laboratorio; acciones encaminadas a establecer un tratamiento específico, por lo que tras permanecer en dicha unidad hospitalaria desde el dos al seis de junio de dos mil quince, **V1** falleció debido a la falta de cuidado y diligencia en los procedimientos médicos otorgados en ambas instituciones.

De lo anteriormente expuesto esta Comisión de Derechos Humanos estableció que los servidores públicos adscritos al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, que en el ejercicio de la profesión médica atendieron a **V1**; con su actuar pudieron incurrir en actos contrarios a la normativa nacional y local, a la ciencia médica, así como a los parámetros que dicta el sistema internacional de protección a derechos humanos.

II. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

ES EL DERECHO DE TODO SER HUMANO A QUE SE LE GARANTICEN LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LOGRAR SU BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL, A TRAVÉS DE BIENES Y SERVICIOS DE CALIDAD QUE LE ASEGUREN EL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD.⁹

El sistema internacional de derechos humanos ha señalado dentro del Pacto Interna-

nes de existencia de la víctima o su familia”. Consulta el ocho de febrero dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R22050.pdf>.

⁹ Delgado Carbajal, Baruch F. y Bernal Ballesteros María José (coords.) (2016, Segunda Edición), Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, p. 217.



cional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que corresponde a los Estados Partes el reconocimiento del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Asimismo, señala que a fin de asegurar su plena efectividad, deberán desarrollarse medidas tales como: a) la reducción de la mortalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.¹⁰

Por lo que hace al sistema interamericano de derechos humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, instituye en su artículo XI, que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.¹¹

Mientras tanto, nuestro derecho interno puntualiza en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, por lo cual la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, estableciendo además la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.¹²

De esta manera, el derecho a la protección de la salud puede ser observado desde una perspectiva nuclear, en tanto se configura como un derecho fundamental, interdepen-

diente e indispensable para el ejercicio pleno de otros derechos humanos; tales como el de la alimentación, la vivienda, el trabajo, la dignidad humana, la vida, la no discriminación, la igualdad, entre otros.

Por otra parte, la efectividad de este derecho supone que existan las condiciones biológicas y socioeconómicas necesarias y que además, sean garantizadas por el Estado a fin de brindar la protección contra todas las causas posibles que afecten la salud del ser humano; orientando su labor a aquellos grupos que por sus características resultan más vulnerables a que sus derechos humanos sean violados.

Tal es el caso de las niñas y niños que, al tener necesidades específicas y riesgos de salud diferentes; se colocan en una situación de vulnerabilidad pues se encuentran más expuestos a enfermedades y complicaciones en su salud; por lo cual requieren que le sean procurados los cuidados y la asistencia necesaria para su pleno desarrollo tanto físico como mental.

Acorde con lo anterior, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes¹³ establece que, este grupo posee el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como de recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad, de conformidad con la legislación aplicable; con la finalidad de prevenir y restaurar su salud. Además, señala que las autoridades federales, de las entidades federativas y municipales, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán a fin de llevar a cabo acciones tendientes a proteger este derecho de niñas, niños y adolescentes.

Así, los actos que realicen aquellos profesionales encargados de la prestación del servicio de salud, requieren ejecutarse en apego a lo establecido en la ciencia y la práctica médica, pero también conforme a lo que señala la ley; observando en todo momento las necesidades y la condición de los pacientes. Derivado de ello, las autoridades y los ser-

¹⁰ Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ratificado por México el 23 de marzo de 1981 y publicado en el Diario Oficial Mexicano el 12 de mayo de 1981. Consultado el ocho de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

¹¹ Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana en Bogotá, Colombia, 1948. Consultado el ocho de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>.

¹² Artículo 4, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Consultado el ocho de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/hm/1.htm>.

¹³ Artículo 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2014. Consultado el nueve de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA_041214.pdf.

vidores públicos deben desarrollar su labor proporcionando un trato digno, respetuoso y humano con el que no solo aseguren las condiciones sanitarias más favorables, sino que además respeten los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud.

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

III. DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL¹⁴

DERECHO DE TODO SER HUMANO A RECIBIR ATENCIÓN Y TRATAMIENTOS OPORTUNOS PARA LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD, RESPETANDO EL PRINCIPIO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.¹⁵

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, señala en su artículo 10.2 que con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Partes se deben comprometer a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar medidas para garantizar este derecho, tales como: *a) la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; [...] d) la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; [...] y f) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.*¹⁶

En el ámbito del derecho interno, la Ley General de Salud señala que el derecho

¹⁴ Delgado Carbajal, Baruch F. y Bernal Ballesteros María José (coords.) (2016, Segunda Edición), Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, p. 219.

¹⁵ Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española el vocablo paciente se refiere a la persona que padece física y corporalmente, y especialmente, quien se halla bajo atención médica.

¹⁶ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, adoptado en la Ciudad de San Salvador, el 17 de noviembre de 1988. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 01 de septiembre de 1998.

en estudio comprende aquella atención integrada de carácter preventivo; que se complementa de las acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias. Asimismo, dicha norma indica que la atención médica de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos y psíquicos de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta.¹⁷

En ese orden de ideas, el derecho humano a recibir una atención médica integral debe desplegarse observando los estándares técnicos con el objeto de que reúna los requisitos de calidad y seguridad; siendo necesario además que, las instituciones encargadas de prestar dicho servicio cuenten con los recursos humanos y materiales suficientes e idóneos, que permitan prevenir, revertir o en su caso, impedir que continúe la alteración en la salud de los pacientes.

Por consiguiente, el papel del Estado y de las autoridades responsables de proveer una atención médica integral a los pacientes o usuarios del sistema de salud, se ubica en que además de proveer los medios y la infraestructura para la prestación de dicho servicio, deben implementar políticas públicas seguras y confiables, mediante la ejecución de sus actividades con base en las diversas guías y normas oficiales en que se fundamentan los procedimientos que orientan la práctica médica; facilitando al mismo tiempo, la determinación sobre posibles responsabilidades en que pudieran incurrir los prestadores del servicio de salud como consecuencia de un indebido o inadecuado ejercicio de sus funciones.

Ahora bien, del análisis del caso concreto que nos ocupó y que, administrado con las evidencias descritas, valorando las circunstancias bajo las cuales se llevó a cabo la atención médica a **V1**, este Organismo formó conocimiento a partir de dos momentos que estimó esenciales para determinar si se con-

¹⁷ Artículo 27 fracción III de la Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 27-01-2017. Consultada el nueve de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf.



figuró una conducta probablemente violatoria de derechos humanos; señalando para tal efecto que el estudio de los hechos se realizó de manera cronológica según cómo sucedieron y respecto al impacto que adquirieron en las víctimas.

A. DEL PRIMER MOMENTO EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE V1

De las constancias que integraron el expediente de queja, se estableció que el trece de enero de dos mil catorce la cuidadora de salud **SPR1** llevó a cabo una visita domiciliaria a la señora **V2**, para que acudiera a la unidad de consulta toda vez que gente de la comunidad le había informado acerca de su estado de embarazo. Un mes después, por medio de un parto fortuito,¹⁸ **V2** dio a luz a **V1**, quien nació de forma prematura, siendo hospitalizado en el servicio de cuidados neonatales del Hospital General de Acambay, lugar donde permaneció alrededor de treinta días.

Consecutivamente, en abril de dos mil catorce **Q** y su esposa **V2**, fueron enviados al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México con el fin de llevar a consulta a **V1**, fecha en la que fueron atendidos por la enfermera **SPR2**, quien según constancias que integraron el expediente de queja, era la servidora pública encargada de aplicarle las vacunas a **V1**; asimismo, solicitaron que se les abriera un expediente, en razón de que eran derechohabientes del seguro popular, lo que no fue posible pues conforme a las manifes-

taciones vertidas por **Q** el once de mayo de dos mil quince ante este Organismo, señaló que la enfermera **SPR2** se negó a llevar a cabo dicho acto, argumentando que **V1** no presentaba alguna enfermedad grave que motivara la apertura del documento clínico.

Así, un año después, **Q** y **V2** acudieron en dos ocasiones al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, a fin de llevar a consulta a **V1**. La primera de ellas se llevó a cabo el siete de mayo de dos mil quince, fecha en la que fueron atendidos por el médico pasante en servicio social **MPSSR**; quien solamente refirió que se encontraba subhidratado, por lo que les otorgó cita nuevamente para el veintiocho de mayo del año antes referido. No obstante, en esta segunda consulta, durante la exploración física hacia **V1**, **MPSSR** estableció como diagnóstico balanitis, prescribiendo medicamento e indicando la necesidad de llevar a cabo una rutina de aseo diario. Finalmente, citó a **Q** y **V2** para que acudieran al día siguiente con el objeto de referirlos a segundo nivel.

Ahora bien, de las comparecencias de **SPR1** y **SPR2**, que personal de esta Comisión recabó, se evidenciaron algunas omisiones respecto a la atención médica brindada a **V1**. En primer lugar, **SPR1** señaló que ella se desempeñaba como cuidadora de salud adscrita al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, indicando que su función era vacunar a la población y realizar visitas domiciliarias con la finalidad de conocer los datos acerca de las mujeres que se encontraban cursando el embarazo.

En ese entendido, una vez que **V2** acudió con **SPR1** para que la cuidadora de salud estableciera un esquema de vacunación a **V1**, fue la enfermera **SPR2** quien ejecutó dicho acto médico en razón de que la cuidadora de salud no se encontraba en el centro antes referido. Asimismo, **SPR1** expresó ante esta Defensoría de Habitantes que, posterior a la primera aplicación, se fijó fecha para el año y medio de edad; sin embargo **V1** no pudo ser atendido toda vez que se encontraba enfermo; agregando que cuando **Q** y **V2** acudieron al centro de salud, la referencia a un segundo nivel no fue posible, debido a que el médico no contaba con el sistema necesario para dicho procedimiento.

¹⁸ El término parto fortuito se refiere al nacimiento por vía vaginal que sucede espontáneamente, de manera imprevista y sin que existan condiciones óptimas para la madre. Engloba un conjunto de situaciones enmarcadas por tres condiciones: espontaneidad, imprevisibilidad e inconveniencia. No obstante ser una de las acepciones utilizadas más comúnmente para mencionar el fenómeno, es ambigua e incluye situaciones distintas con riesgos y resultados que pueden ser muy diferentes. El parto fortuito puede ser un parto planeado en el hogar, un nacimiento no planeado en el domicilio de la mujer o de su familia, el nacimiento en el trayecto a un establecimiento médico o dentro de las instalaciones médicas pero en un área distinta a la asignada para la atención obstétrica (una sala de espera, la sala de urgencias o un baño), aun cuando sea atendido por personal de salud calificado. *Parto fortuito: definiciones, características y resultados. Elementos para su análisis en México.* Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Consultado el nueve de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/6/69>.

Por su parte, **SPR2**, quien funge como enfermera, manifestó que su actuar se desarrolló cuando en abril de dos mil catorce, fue ella quien recibió a **Q** en el Centro de Salud Rural de Mado, fecha en la cual el padre de **V1** acudió con el fin de que se le abriese un expediente clínico, situación que no se pudo concretar debido a que en palabras de la servidora pública, el médico responsable se encontraba en su periodo vacacional. De igual manera, señaló que el dos de junio de dos mil quince, **Q** acudió nuevamente al citado centro de salud, sin embargo, no pudo ser atendido porque el médico no se presentaría debido a problemas de salud, encontrándose indispuerto.

En ese entendido, si bien **SPR1** y **SPR2** brindaron atención médica a **V1** tras su alumbramiento, además de la actuación desplegada por **MPSSR** durante las consultas a las que acudieron los padres del menor; este Organismo hace patente que, en ninguna de las intervenciones de los médicos adscritos al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, se mencionaron signos clínicos importantes relativos al problema de desnutrición que **V1** presentaba.

En consecuencia, conforme a la naturaleza del caso, resulta innegable que el acto médico exigía por parte del personal médico del Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, desarrollar una actitud diligente y oportuna, así como actuar con responsabilidad, puesto que **Q** y **V2** requerían ser informados acerca del padecimiento que sufría **V1**, además de que necesitaba atención inmediata en un segundo nivel de referencia, lo cual no aconteció.

Aunado a ello, el personal médico antes señalado, debió proporcionar consejería y orientación acerca del padecimiento que su menor hijo presentaba, así como de los cuidados y el tratamiento que necesitaba conforme a su estado de salud; acciones que de llevarse a cabo, hubieran evitado el posterior deceso de **V1**.

Lo anterior, contrastó con lo establecido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, quien por medio de un criterio orientador y argumentativo, respecto al diagnóstico y tratamiento del paciente, señala las obligaciones de los encargados de prestar los servicios médicos; expresando lo siguiente:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS. RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL EN RELACIÓN A LA OBLIGACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE.

El error en el diagnóstico compromete la responsabilidad del médico derivado de su ignorancia, de examen insuficiente del enfermo y de equivocación inexcusable. **Existen tres tipos de error de diagnóstico:** a) **Por insuficiencia de conocimientos o ignorancia, en el que el médico elabora un diagnóstico errado como consecuencia de la falta de conocimientos;** b) **Por negligencia, en el que el médico, por inexcusable falta de cuidado, no recabó la información usual y necesaria para la elaboración acertada del diagnóstico;** y, c) **Científico, donde el médico frente a un cuadro clínico complejo y confuso que supone síntomas asimilables a más de una patología, emite un diagnóstico incorrecto.** El incumplimiento en la obligación de tratamiento propuesto al paciente se actualiza cuando emana de un diagnóstico erróneo, pues ello genera un tratamiento inadecuado o desacertado. Sin embargo, cuando el diagnóstico es certero y se ha calificado la enfermedad en forma correcta, es posible distinguir una serie de circunstancias que dan lugar a tratamientos culpables o negligentes, entre los que, a modo de ejemplo, se puede citar: 1. Empleo de tratamientos no debidamente comprobados o experimentales; 2. Prolongación excesiva de un tratamiento sin resultados; 3. Persistir en un tratamiento que empeora la salud del paciente o le provoca resultados adversos; 4. Abandono del paciente durante el tratamiento; 5. Prescripción de medicamentos previamente contraindicados al paciente, o que puede resultar nocivos a ciertos grupos de individuos, sin que se haya recabado la información oportuna; 6. Omisiones o errores en la receta médica, entregada al paciente como soporte material del tratamiento prescrito; y, 7. Prescripción, por parte del médico, de tratamientos que son propios de una especialidad que no posee.¹⁹

Como se ha mencionado, es evidente que en ningún momento de la intervención médica de **SPR1**, **SPR2** y **MPSSR**, se brindó algún tipo de consejería, por medio de la cual se

¹⁹ SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (SCJN). Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tesis: I.7o.C.73 C (9a.) Novena Época, Tesis Aislada (Civil), Tribunales Colegiados de Circuito. Tomo XXIII, Junio de 2006, p. 1200.



orientara a **Q** y a **V2** acerca del estado de salud bajo el cual se encontraba **V1** y de la alimentación que éste debía recibir; por lo que además este Organismo señaló que la actuación del personal médico del Centro de Salud de Mado Sector I de Acambay, se alejó de lo establecido en la Norma Oficial Mexicana *NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño*, la cual instituye que para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, se requiere el despliegue de ciertas medidas de prevención y que deben promoverse en la comunidad; tales como:

9.1.1 Orientación alimentaria a la madre o responsable del menor de cinco años en los siguientes aspectos:

9.1.1.1 Alimentación adecuada de la madre durante el embarazo y lactancia;

9.1.1.2 Lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida;

9.1.1.3 Ablactación adecuada;²⁰

9.1.1.4 Orientación a la madre y al niño para la utilización de alimentos locales en forma variada y combinada.

9.1.1.5 Promoción de la higiene dentro del hogar, con énfasis en el lavado de manos, corte de uñas periódicamente, el consumo de agua hervida y cloración de la misma, así como en el manejo de alimentos;

9.1.1.6 Capacitar a la madre o responsable del menor de cinco años en signos de alarma por desnutrición.²¹

Ahora bien, por lo que hace a la actuación de **MPSSR**, esta solo se limitó a informar a los padres de **V1**, que el menor presentaba una infección en el prepucio debido a una mala higiene, estableciendo un tratamiento para contrarrestar dicho diagnóstico, pero omitiendo señalar datos clínicos importantes acerca de desnutrición. Asimismo, el médico pasante no llevó a cabo la referencia de **V1** el veintiocho de mayo de dos mil quince, argumentando que no pudo realizarse dicho acto debido a la falta de hoja de referencia.

En ese sentido, la ausencia de un sistema de referencia seguro y de calidad, propició que

²⁰ Es la introducción de alimentos diferentes de la leche materna de los 4 a los 6 meses de edad. Guía de orientación alimentaria. Secretaría de Salud. México, 2003.

²¹ En vigor al momento de los hechos. El 9 de febrero de 2001 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

la salud de **V1** continuara sufriendo un detrimento, pues como lo señala la *Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en menores de cinco años en el primer nivel de atención*, el niño desnutrido debe ser tratado en un medio hospitalario.²²

De esta forma, lo descrito en este apartado se robusteció con la opinión autorizada de la Comisión de Conciliación y Arbitraje médico de la entidad, instancia que en la conclusión primera del peritaje médico institucional que aportó, determinó la existencia de imprudencia por parte de la cuidadora de salud **SPR1**, al estimar que durante el control, desde el nacimiento y hasta la consulta del veintiocho de mayo del dos mil quince, no identificó de manera correcta el estado de desnutrición bajo el que se encontraba **V1**, agregando que no existen documentales o evidencias de las que se desprendera la práctica de algún tipo de consejería u orientación acerca de la nutrición que el paciente requería, además de la omisión de no haberlo referido a un segundo nivel con el fin de que recibiera una atención integral y oportuna. De igual manera, dicha institución de conciliación y arbitraje médico, señaló en su conclusión segunda que, existió impericia en el actuar del médico pasante **MPSSR**, al no describir los signos clínicos y el grado de desnutrición que padecía **V1**, y que de igual manera, descartó su referencia a un nosocomio de segundo nivel.

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

Este Organismo señaló que, de las constancias que integran el expediente se evidenció la falta de atención médica integral la cual se debió a la ausencia de oportunidad y diligencia en la misma, toda vez que en abril de dos mil catorce, cuando **Q** y **V2** acudieron al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, a efecto de solicitar una cita, la enfermera **SPR2** les indicó que el médico responsable no iba poder atenderlos toda vez que se encontraba de vacaciones.

De igual manera, **Q** señaló que en abril de dos mil catorce, cuando acudió al Centro de Salud Rural, solicitó el expediente clínico de su hijo; ante lo cual la enfermera **SPR2** argumentó

²² Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en menores de cinco años en el primer nivel de atención. México, 2008; Secretaría de Salud.

que **V1** no presentaba una enfermedad grave, lo que desde su perspectiva, no ameritaba la realización de dicho acto. Situación contraria a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana *NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*; que señala lo siguiente:

5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, **estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico los establecimientos [sic] serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación**, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

[...]

5.4 Los expedientes clínicos **son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución**. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, **el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud**, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

[...]

5.14 El expediente clínico **se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización**, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14, 3.15 y 3.16 de esta norma, respectivamente. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, **deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los docu-**

mentos generados por el personal que intervenga en su atención.²³

Además, **SPR2** en su carácter de enfermera del centro de salud debió desplegar las funciones que le fueron encomendadas y que tenían como objetivos mejorar y mantener, así como propiciar un estado de salud óptimo mediante la atención en las áreas asistencial y preventiva, con énfasis en la prevención, detección y curación de enfermedades. Actuación que se desprende de lo establecido por el *Manual de procedimientos de enfermería en unidades de salud de primer nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México*,²⁴ el cual además señala que el personal de enfermería adscrito a los centros de salud deberá llevar a cabo las siguientes acciones:

- Recibir y entregar entre los turnos de enfermería, a los pacientes, con la información de sus tratamientos, evolución y procedimientos efectuados.
- Proveer los cuidados técnico-especializados a los pacientes según los procedimientos de enfermería establecidos e indicaciones médicas.
[...]
- Participar en programas de prevención, detección de enfermedades en los centros de salud.
- Realizar actividades de promoción y educación para la salud, protección específica de detección y curación.
- Realizar procedimientos generales y específicos de enfermería establecidos para la atención integral del paciente.
[...]
- Orientar, indicar y vigilar al personal auxiliar de enfermería sobre las técnicas, procedimientos y su aplicación.
- Aplicar indicadores de cuidados de enfermera-paciente.
[...]
- Registrar las actividades realizadas en los formatos técnico-administrativos.

²³ En vigor al momento de los hechos. La entrada en vigor de esta norma, deja sin efectos a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999 y su modificación publicada el 22 de agosto de 2003 en el mismo órgano oficial de difusión.

²⁴ *Manual de procedimientos de enfermería en unidades de salud de primer nivel de atención*. Gobierno del Estado de México. Secretaría de Salud. Instituto de Salud del Estado de México. Primera edición, 2010.



- Formar y coordinar grupos de personas con riesgos y problemas de salud similares.
- Desempeñar las demás funciones inherentes a su puesto.

Por lo que hace al médico pasante en servicio social **MPSSR**, quien se encontraba al frente del Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay; la actuación desarrollada el siete y el veintiocho de mayo de dos mil quince, solamente se limitó a establecer en la primera cita que **V1** presentaba gastroenteritis probablemente infecciosa, iniciando tratamiento de hidratación oral y medidas higiénico dietéticas; mientras que en la segunda cita, diagnosticó balanitis, sin mencionar los datos clínicos y el grado de desnutrición que el niño presentaba.

En ese sentido, la Ley General de Salud establece que, para la prestación del servicio social de pasantes y profesionales en la medicina, estos deberán cumplir requisitos tales como:

Artículo 84.- Todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas **deberán prestar el servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa y de las de esta Ley.**

Artículo 85.- Los aspectos docentes de la prestación del servicio social se registrarán por lo que establezcan las instituciones de educación superior, de conformidad con las atribuciones que les otorgan las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento y lo que determinen las autoridades educativas competentes. La operación de los programas en los establecimientos de salud se llevará a cabo de acuerdo a los lineamientos establecidos por cada una de las instituciones de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias competentes.

[...]

Artículo 87.- La prestación del servicio social de los pasantes de las profesiones para la salud, **se llevará a cabo mediante la participación de los mismos en las unidades aplicativas del primer nivel de atención, prioritariamente en áreas de menor desarrollo económico y social.**

Aunado a ello, si bien el centro de salud de mérito cumplió con los requisitos que señala la Norma Oficial Mexicana *NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud*, toda vez que entre sus servicios presta el relativo a otorgar consulta externa;²⁵ también es cierto que la *Guía básica para el médico pasante en servicio social*, del Instituto de Salud del Estado de México, dispone que un médico pasante **puede ser el responsable de los centros de salud rural dispersos**;²⁶ indicando además que entre sus diversas actividades se encuentran aquellas destinadas a brindar una atención integral, por medio de diferentes servicios que la población requiere en las unidades operativas de salud correspondientes.

Respecto a la actividad encomendada, la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, define el servicio social de estudiantes y profesionistas en el siguiente numeral:

ARTÍCULO 53.- Se entiende por servicio social el trabajo de carácter temporal y mediante retribución que ejecuten y presten los profesionistas y estudiantes en interés de la sociedad y el Estado.

En el caso de nuestra entidad, las actividades que la *Guía básica para el médico pasante en servicio social* estipula que debe realizar dicho profesional en atención al menor de cinco años de edad, son:

- Elaborar el registro y el expediente personal de cada niño para la atención y cuidado de la salud.

²⁵ En vigor al momento de los hechos. La Norma Oficial Mexicana *NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012; señala en su apartado 3.23 que la consulta externa es aquella atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en el domicilio del mismo, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

²⁶ La *Guía básica para el médico pasante en servicio social* define al Centro de Salud Rural Disperso como aquel ubicado en localidades con población menor de 2,500 habitantes, donde el pasante es el responsable de la unidad. Cuenta con consultorio, área de inmunizaciones y curaciones, sala de expulsión, sala de espera, sanitario para el público y habitación con baño para el pasante.

- Vigilar crecimiento y desarrollo físico, psicomotor y neurológico.
 - Identificar factores de riesgo que limiten el crecimiento y desarrollo, así como, factores de mal pronóstico del entorno familiar.
 - Realizar procedimientos clínicos necesarios para el diagnóstico precoz.
 - Identificar problemas posturales.
 - Aplicar y actualizar esquema de vacunación.
 - Administrar micronutrientes.
- [...]
- Orientar a los padres sobre los cuidados del niño(a) y estimulación temprana.
 - Promueve la actividad física y la prevención de accidentes.

En virtud de lo anterior, este Organismo estimó que si bien en nuestra entidad se permite a un médico pasante en servicio social la responsabilidad de dirigir los centros de salud rural dispersos, lo cierto es que por el nivel de formación que estos poseen, así como el conocimiento gradual de la ciencia médica que se encuentran adquiriendo, deben ser sujetos de supervisión constante.

Sobre el particular, el Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud,²⁷ refiere el desarrollo de las siguientes funciones:

XIII.- Propiciar que el servicio social sea una etapa académica de la formación profesional de las carreras del área de la salud y que sus acciones lleguen prioritariamente a los grupos humanos que carecen de atención, **bajo la vigilancia y evaluación de personal capacitado que labore en las instituciones de salud;**

Ahora bien, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en su Recomendación General 15, *Sobre el derecho a la protección de la salud*, refirió, con base a la normativa aplicable que:

[...] los pasantes de las profesiones para la salud deberán prestar su servicio social tal como lo señala la ley, prioritariamente en las unidades aplicativas del primer nivel de atención, en áreas de menor desarrollo económico y social, y estarán autorizados

²⁷ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el diecinueve de octubre de mil novecientos ochenta y tres.

por ley a prescribir, únicamente y con las limitaciones que la Secretaría de Salud determine, y no deberán brindar ningún otro tipo de tratamiento que no esté supervisado por los médicos titulares responsables de las unidades de servicio médico. Sin embargo, aun cuando el marco jurídico prescribe la necesaria supervisión de los médicos titulares, en muchas ocasiones ello se omite, lo que acarrea graves consecuencias a la salud de los pacientes.²⁸

En ese sentido, esta Comisión de Derechos Humanos ha señalado con anterioridad en las **Recomendaciones 19/2016**²⁹ y **20/2016**,³⁰ la importancia de que en los centros de salud y nosocomios dependientes del Instituto de Salud del Estado de México, se armonicen las disposiciones relativas a la educación en salud, tales como el servicio social y las residencias médicas, para que en las actividades realizadas por el médico en formación, les sean asignadas aquellas funciones señaladas por la normatividad en la materia y que no excedan de las responsabilidades que les son encomendadas; además de que es necesaria la supervisión y vigilancia de un médico tratante o con grado superior a fin de que los actos desplegados por el profesional en formación no vulneren o pongan en riesgo derechos humanos inherentes a las y los pacientes.

En la especie, se pudo advertir que **MPSSR** tenía la obligación de brindar la atención en

²⁸ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. *Recomendación General 15*, emitida el veintitrés de abril de dos mil nueve. Disponible en http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_015.pdf

²⁹ Emitida a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México el veintinueve de agosto de dos mil dieciséis, por violación a los derechos a la protección de la salud, a recibir atención médica integral, a una atención médica libre de negligencia, a recibir un trato digno y respetuoso, a otorgar el consentimiento válidamente informado y del derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica. El texto íntegro de la Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 70 fojas. Disponible en: <http://www.codhem.org.mx/LocalUser/codhem.org/recomendaciones/pdf/2016/1916.pdf>.

³⁰ Dirigida a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México el seis de septiembre de dos mil dieciséis, por violación al derecho a una atención médica libre de negligencia. El texto íntegro de la Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 45 fojas. Disponible en: <http://www.codhem.org.mx/LocalUser/codhem.org/recomendaciones/pdf/2016/2016.pdf>.



el Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, responsabilidad que acorde a lo establecido por la *Guía básica para el médico pasante en servicio social*; consistía en:

[...]

X. Proporcionar atención médica preventiva, curativa, de rehabilitación y de urgencias de manera integral al individuo, familia y población de su área de responsabilidad;

XIV. Referir a los pacientes que requieran servicios de mayor complejidad, participar en el seguimiento y control de los contrarreferidos, en caso de no recibir la contrarreferencia, verificar a través de la visita domiciliaria, con apoyo de los cuidadores de la salud;

[...]

XIX. Participar en la identificación y referencia de casos que requieran asistencia social y/o atención médica especializada a la institución correspondiente;

Aunado a lo anterior y como lo manifestaron **SPR1** y **SPR2** en sus comparecencias ante esta Defensoría de Habitantes, cuando **MPSSR** se encontraba ausente en el Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, no se podía brindar la atención de primer contacto que requerían los usuarios de dicha unidad médica; por lo que resultó evidente que el personal auxiliar que se encontraba bajo su subordinación, llevara a cabo acciones sin la supervisión de quien detenta la responsabilidad médica.³¹

Por lo anterior, es prioritario que el Instituto de Salud del Estado de México se avoque a efectuar una supervisión constante del Centro de Salud Rural Mado Sector I de Acambay, en el entendido que este tipo de establecimientos otorgan atención médica primaria a la población, verificación que debe ser efectuada por la Coordinación de Regulación Sanitaria.

Sobre el particular, y considerándose que la naturaleza del servicio social es académi-

³¹ La Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, *En materia de información en salud*, señala que el médico en contacto directo con el paciente será aquel profesional en salud con título y cédula profesional que realiza actividades propias de su profesión o especialidad, de atención directa a la salud de pacientes; no incluye a los que se desarrollan en áreas de apoyo técnico, investigación, docente y administrativo.

ca, corresponde al instituto del ramo llevar a cabo inspecciones constantes con el fin de que la atención a la salud se efectúe de manera adecuada.

Concerniente a ello, entre otras actividades, la Jurisdicción Sanitaria, como unidad técnico-administrativa desconcentrada por región del Instituto de Salud del Estado de México, de acuerdo con el *Manual de organización tipo de jurisdicción sanitaria*, posee las siguientes facultades:

- Supervisar y evaluar la prestación de servicios de atención médica a la población, con base en la normatividad establecida, así como dar seguimiento a los resultados de las supervisiones realizadas a efecto de corregir las incidencias detectadas.
- Supervisar la asistencia y permanencia del personal adscrito a las unidades médicas a la Jurisdicción Sanitaria, a, así como del personal que realiza su servicio social.³²

Por otra parte, con relación al caso en concreto, en el que la atención médica debía ser otorgada a **V1**; resulta orientador el criterio establecido en la *Observación General No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, la cual señala que en el artículo 24, párrafo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño se instituye la obligación de los Estados partes para esforzarse por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de los servicios sanitarios. Además, impone el deber de actuar por velar que todos los niños dispongan de servicios sanitarios y otros que sean accesibles, especialmente en el caso de zonas y poblaciones insuficientemente atendidas.³³

En consecuencia, de todo lo anteriormente expuesto, este Organismo consideró que en la ejecución del acto médico con que se atendieron las necesidades de salud del paciente,

³² Instituto de Salud del Estado de México, *Manual de Organización tipo de Jurisdicción Sanitaria*, julio de dos mil ocho. Disponible en file:///C:/Users/usuario/Downloads/05_MANUAL%20DE%20ORGANIZACION%20TIPO%20DE%20JURISDICCION%20SANITARIA.pdf.

³³ Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño. UNICEF. Consultado el diez de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>.

se acreditó una vulneración a su derecho a recibir una atención médica integral, que se materializó en un mal diagnóstico, irregularidades en la integración del expediente, en la demora respecto del procedimiento de referencia que **V1** requería y en la carencia, disponibilidad y aceptabilidad de los servicios sanitarios, lo que derivó en su deceso; por lo que esta Defensoría de Habitantes estimó pertinente solicitar al Instituto de Salud del Estado de México, implementara las siguientes:

IV. MEDIDAS DE REPARACIÓN

Conforme a lo dispuesto en los artículos 108 y 109³⁴ de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con los numerales 1, 5, 7, 26, 27, 62 fracción I, 73 fracción IV y V, 74 fracción II y IX, y 75 fracción IV, de la Ley General de Víctimas; así como en los artículos 1, 2, 10, 11, 12, 13 fracciones II, IV y V de la Ley de Víctimas del Estado de México; atendiendo a las circunstancias del asunto, a las acciones y omisiones que expusieron la vulneración, con un criterio de complementariedad para la determinación armónica y eficaz de las medidas de reparación, contemplando un enfoque diferencial y especializado, ante las evidencias del caso, este Organismo ponderó y consideró aplicables las siguientes:

V. MEDIDAS DE REHABILITACIÓN

A.1 ATENCIÓN PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA

Previo consentimiento expreso de **Q** y **V2**, a través del personal profesional necesario, se deberán practicar las entrevistas que permitan establecer un psicodiagnóstico para determinar la afectación que pudiera existir dada la pérdida ocasionada; por lo que en caso de encontrarse aspectos que requieran la atención especializada, la autoridad recomendada deberá otorgarles o facilitarles la

³⁴ Artículo modificado con las reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 27 de mayo de 2015, y que al momento de los hechos correspondía al diverso 113 constitucional, el cual refiere que “La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes”.

atención psicológica que requieran, la cual se proporcionará por personal especializado, de forma inmediata y continua hasta su total rehabilitación.

En virtud de lo anterior, la autoridad recomendada deberá brindar ese apoyo, presentando un programa consensuado con **Q** y **V2**; el cual atienda sus necesidades particulares con el fin de ayudar a resolver el daño sufrido; además de planificar acciones de seguimiento. En consecuencia, podrá auxiliarse de la institución pública que ofrezca esos servicios, la cual deberá encontrarse en un perímetro conveniente para el traslado de las víctimas. Una vez hecho lo anterior, se notificará a esta Comisión acerca del cumplimiento de la medida de reparación cuando suceda el alta médica relativa.

A.2 ATENCIÓN MÉDICA

El Instituto de Salud del Estado de México, deberá velar por que la póliza del seguro popular con la que se encuentren afiliados a los servicios de salud **Q** y **V2** permanezca vigente, quedando a su cargo la responsabilidad para que su renovación sea continua y se encuentren en posibilidad de recibir la atención médica que en un futuro requieran.

A. MEDIDAS DE SATISFACCIÓN

B.1 APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS

El artículo 73 fracción V de la Ley General de Víctimas, previene la aplicación de sanciones administrativas a los responsables de violaciones de derechos humanos, sobre la base que las autoridades competentes determinen. En el caso concreto, será la Contraloría Interna del Instituto de Salud del Estado de México, instancia que integró el expediente número CI/ISEM/DH/016/2016, quien determine, en un plazo razonable y prudente, la responsabilidad administrativa en que pudieron haber incurrido **SPR1** y **SPR2**; acciones que hará del conocimiento de este Organismo.

B. MEDIDAS DE NO REPETICIÓN

En armonía con lo fijado en el artículo 74 de la Ley General de Víctimas, deben considerarse las siguientes acciones:



C.1. PERFIL PROFESIONAL

Con base en lo razonado en el **punto III apartado B** de esta Recomendación; es innegable que los servidores públicos que laboran dentro de las instituciones de salud, poseen la obligación de acatar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de sus funciones; por lo cual, el Instituto del ramo, deberá verificar que dichos profesionales posean la actualización, experiencia y conocimientos necesarios para la prestación del servicio de salud, debiendo solicitar al personal adscrito al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, las constancias que lo comprueben, con el fin de corroborar que se encuentran facultados para el desempeño de la ciencia médica.

C.2 PRÁCTICA MÉDICA CONFORME A NORMAS Y GUÍAS

De manera inmediata, se implementen la(s) circular(es) necesarias como instrumento administrativo idóneo para garantizar la observancia de las Normas Oficiales Mexicanas *NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño, NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico*; así como de la *Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en menores de cinco años en el primer nivel de atención*, que son base de los razonamientos esgrimidos en esta Recomendación; con la finalidad de brindar una atención médica integral que tenga por objeto llevar a cabo diagnósticos correctos así como establecer los tratamientos necesarios conforme a los requerimientos de las y los pacientes; haciendo especial énfasis cuando se trate de niñas y niños, que debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran, son vulnerables a sufrir un menoscabo o detrimento en su salud; acciones con las cuales se prevendrá que hechos como los aquí descritos no vuelvan a repetirse.

En consecuencia, dichas circulares deberán ser dirigidas al personal médico adscrito a los diferentes centros de salud rural dispersos que se encuentran en la entidad y que son dependientes del Instituto de Salud del Estado de México; teniendo como objetivo el cuidado respecto de los procedimientos que marca la *lex artis médica*, para que se realicen de

manera profesional; garantizando que la autoridad recomendada tome las medidas que fortalezcan el sentido del deber ético para que el ejercicio de la práctica médica sea conforme a las normas, procedimientos, guías de referencia y lineamientos que han sido establecidos para los servidores públicos del Instituto de mérito; de acuerdo a lo razonado en el apartado **III** de esta Recomendación. Lo que hará del conocimiento de este Organismo.

C.3. CAPACITACIÓN EN DERECHOS HUMANOS

De igual manera, y con la finalidad de que el personal médico se conduzca privilegiando el respeto por los derechos humanos, desarrollando su actuación conforme a los principios de la bioética que se ajusten a este caso interactuando de manera permanente y constante para conocer y reconocer su estado de salud e informando acerca de los padecimientos y los tratamientos que requieran los usuarios del sistema de salud; la autoridad responsable deberá presentar a esta Comisión un programa de cursos en materia de respeto al derecho a la protección de la salud que contemple la revisión del marco jurídico nacional, convencional y local; haciendo especial énfasis en la obligación que poseen los profesionales de la salud, para brindar una atención médica integral.

En el programa que se remita a esta Comisión para considerar el cumplimiento de esta medida de reparación y que será dirigido al personal médico del Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay; deberá contener el nombre de los cursos, a qué personal específico irá dirigido, el objetivo que se pretende alcanzar, la duración en horas, el temario en concreto y los objetivos específicos; la cantidad de participantes, el registro de asistencia, en su caso la evaluación pertinente y los resultados obtenidos.

C.4. ACTOS INSTITUCIONALES

Esta Comisión Estatal ha dado cuenta en las **Recomendaciones 19/2016 y 20/2016**, de la omisión respecto a la falta de vigilancia y supervisión hacia médicos pasantes en servicio social y/o residentes adscritos a las unidades de salud y que se encuentran en una etapa de formación académica; los cuales llevan a cabo procedimientos y funciones

propias del médico tratante, lo que puede derivar en vulneraciones al derecho a la protección de la salud, como sucedió en el caso que nos ocupa.

Por lo tanto, en atención a lo esgrimido en el punto **III, apartado B** de esta Recomendación, se debe verificar que los médicos que realicen su servicio social, en centros de salud rurales dispersos, dependientes del Instituto de Salud de la entidad, sean supervisados de manera constante a efecto de que se brinde atención médica adecuada, así como un trato digno y respetuoso a los usuarios; para lo cual deberá remitirse a este Organismo las constancias en las que se advierta la adecuada supervisión de los médicos pasantes en servicio social, la cual puede ser efectuada por la jurisdicción sanitaria de ese Instituto.

C.5. DISPONIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD EN LA INFRAESTRUCTURA MÉDICA

Con el objeto de garantizar el respeto del derecho humano a la protección de la salud y a recibir una atención médica integral; así como preservar, proteger y prolongar la vida humana de los pacientes, previniendo omisiones como las descritas en la presente resolución; la autoridad recomendada deberá tomar en cuenta lo dispuesto en el punto **III apartado B** de esta Recomendación, y bajo la supervisión del coordinador de salud, conforme a las atribuciones que a él le concede el artículo 16 del Reglamento Interno del propio Instituto, verificará que exista personal suficiente en número y capacitado para atender el servicio de primer nivel en el Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay; considerando además los recursos para que el sistema de referencia y/o contrarreferencia a un segundo o tercer nivel de atención se encuentre disponible en aquellos casos que así lo ameriten.

Petición que deberá implementar y supervisar a través de su coordinador de salud haciéndola del conocimiento de este Organismo al informar sobre el cumplimiento de la medida de reparación.

En consecuencia, se formularon las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Como **medida de rehabilitación**, estipulada en el punto **IV apartado A.1** de esta Recomendación y en atención del daño inmaterial del que fueron víctimas **Q** y **V2**, debido al deceso de **V1**, previo consentimiento documentado, deberá emitir un psicodiagnóstico especializado y brindar la atención que en su caso requieran, para lo cual presentará la agenda de citas acordada con los especialistas para la atención, así como el seguimiento personalizado al tratamiento psicológico y observando que el beneficio en dicha medida de reparación permita la accesibilidad en el traslado de **Q** y **V2**.

SEGUNDA. Como **medida de rehabilitación**, según lo descrito en el punto **IV apartado A.2** de esta resolución, el Instituto de Salud de la Entidad deberá documentar que la póliza del seguro popular con la que **Q** y **V2** se encuentren afiliados a los servicios de salud, permanezca vigente, quedando a su cargo la responsabilidad para que su renovación sea continua y puedan recibir la atención médica que soliciten en un futuro. Punto recomendatorio que deberá documentarse ante este Organismo.

TERCERA. Como **medida de satisfacción**, señalada en el punto **IV apartado B.1** de esta Recomendación, y referente a la aplicación de sanciones administrativas; remitirá al órgano de control interno del Instituto de Salud de la entidad, la copia certificada de esta resolución que se anexó, para que se integre al expediente CI/ISEM/DH/016/2016; para que los argumentos y evidencias de la misma, previas formalidades procesales puedan considerarse al determinar la probable responsabilidad administrativa de **SPR1** y **SPR2**, servidores públicos involucrados en el presente asunto. En consecuencia, la autoridad responsable deberá remitir constancia respecto al cumplimiento de estas acciones a esta Defensoría de Habitantes.

CUARTA. Como **medidas de no repetición**, descritas en el punto **IV apartados C.1, C.2, C.3, C.4** y **C.5**, la autoridad recomendada a través de su coordinador de salud deberá realizar las siguientes acciones:



a) Con un enfoque preventivo y protector de los derechos humanos, deberá verificar que los profesionales de la salud adscritos al Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay, posean la actualización, experiencia y conocimientos necesarios para la prestación del servicio público de salud, al respecto el Instituto de Salud de la entidad deberá allegarse de las constancias que así lo comprueben.

b) Conforme a las atribuciones que le concede el Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México, ordenará que, se implementen las circulares con que se instruyan la observancia de las Normas Oficiales Mexicanas *NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño, NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico*; así como de la *Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en menores de cinco años en el primer nivel de atención*; con el objeto de evitar que el acto médico carezca de respeto a la dignidad y a los derechos fundamentales del paciente, previniendo así que hechos como los que se describen no vuelvan a repetirse.

c) A fin de que el personal médico se conduzca privilegiando el respeto a los derechos humanos, desarrollando su actuación conforme a los principios de protección de la salud de las personas; presentará a esta Comisión un programa de cursos en materia de respeto al derecho a la protección de la salud que contemple la revisión del marco jurídico nacional,

convencional y local; haciendo especial énfasis en la aplicación de principios de la bioética. Dicho programa deberá ser dirigido al personal médico del Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay.

d) Con el objeto de brindar una atención médica integral, se efectúen supervisiones a los médicos que realicen su servicio social, en centros de salud rurales dispersos, dependientes del Instituto de Salud de la entidad, a efecto de que se verifique la atención médica adecuada, así como un trato digno y respetuoso a los usuarios; para lo cual deberá remitirse la programación de las supervisiones efectuadas por la jurisdicción sanitaria de ese Instituto a dichos centros, así como los resultados de la misma; acción que deberá llevarse a cabo durante el periodo que presten sus servicios los médicos pasantes y en servicio social.

e) Con el objeto de garantizar el respeto del derecho humano a la protección de la salud y a recibir una atención médica integral; previniendo omisiones como las descritas en esta Recomendación; verificará que exista personal suficiente en número y capacitado para atender el servicio de primer nivel en el Centro de Salud Rural de Mado Sector I de Acambay; considerando además los recursos para que el sistema de referencia y/o contrarreferencia a un segundo o tercer nivel de atención se encuentre disponible en aquellos casos que así lo ameriten.

Recomendación Núm. 9/2017*

Concluida la investigación de los hechos referidos en el expediente CODHEM/ATL/269/2015, esta Comisión procedió al análisis de la queja, a la valoración de los informes allegados, de las pruebas aportadas y demás evidencias reunidas con motivo de la sustanciación del procedimiento y, para resolver si existen elementos que comprueben violaciones a derechos humanos en agravio de **V1**, se realizaron las consideraciones siguientes:

DESCRIPCIÓN DEL HECHO Y DE LA QUEJA

El dos de junio de dos mil quince a las diecisiete horas con tres minutos, **Q** y **V2** llevaron a **V1** al servicio de urgencias del Hospital para el Niño, dependiente del Instituto Materno Infantil del Estado de México; donde fue atendido por la médica pediatra **SP1**, toda vez que el menor presentaba recha-

zo al alimento, quien después de realizar la exploración física, estableció diagnóstico de desnutrición de tercer grado tipo Kwashiorkor, hospitalizándolo y solicitando la realización de exámenes paraclínicos.

Así, **V1** permaneció varios días hospitalizado en el servicio de urgencias, siendo hasta el cinco de junio de dos mil quince cuando el médico pediatra **SPR3** estableció nuevo diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, sometiendo al menor a fase III de ventilación, pero omitiendo ingresarlo a la unidad de cuidados intensivos pediátricos para su manejo integral, tal como lo establece la guía de práctica clínica en la materia.¹

¹ *Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 18 años en el primer y segundo nivel de atención*. México, 2008; Secretaría de Salud.

* Emitida por este Organismo al Director del Instituto Materno Infantil del Estado de México, el treintauno de marzo de dos mil diecisiete, sobre el caso de falta de atención médica integral en agravio de **V1**. El texto íntegro del documento de Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 40 fojas.

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

Finalmente, a las diecisiete horas con diez minutos del seis de junio de dos mil quince, la residente de primer año **MR3** y la pediatra **SP11**, reportaron al menor con falla orgánica múltiple, con disfunción hematológica, ventilatoria, cardiovascular y renal, continuando con manejo dinámico del ventilador; sin embargo **V1** continuó agravándose y a las cero horas del siete de junio de dos mil quince, la enfermera **SP13**, reportó que el menor presentaba bradicardia sin saturación, por lo que avisó al doctor **SP12**, realizándole maniobras de reanimación sin obtener respuesta, asentándose la fecha y hora del fallecimiento a las veintitrés horas con treinta minutos del seis de junio de dos mil quince, bajo el diagnóstico de falla orgánica múltiple, choque séptico,² sepsis grave,³ neumonía adquirida en la comunidad,⁴ desnutrición grave⁵ e insuficiencia renal aguda.⁶

² Sepsis grave con hipotensión que no responde a la reanimación con líquidos. *Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico y tratamiento de sepsis grave y choque séptico en el adulto. México, 2008; Secretaría de Salud.*

³ Es la respuesta inflamatoria sistémica a la infección, cuando no existe infección comprobada o sospechada no se puede hablar de sepsis. La infección es el proceso patológico secundario a la invasión de tejido, líquido o cavidad normalmente estéril por microorganismos patógenos. *Sepsis. Conceptos actuales (Primera de tres partes). Rev. Fac. Med. UNAM Vol.47 No.6 Noviembre-Diciembre, 2004.* Consultado el siete de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046d.pdf>.

⁴ La neumonía adquirida en la comunidad es una infección aguda del tracto respiratorio inferior que se adquiere fuera del hospital, con o sin presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax y que se confirma con exámenes de laboratorio. Es una enfermedad que afecta a todas las edades, pero principalmente a niños de muy corta edad y adultos mayores. *Neumonía adquirida en la comunidad. Archivos de Medicina de Urgencia de México 2010; 2 (1): 35-39.* Consultado el siete de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2010/aur101f.pdf>.

⁵ Deficiencia de peso para altura (P/A). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo. *Glosario de términos sobre desnutrición. UNICEF.* Consultado el siete de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: https://www.unicef.org/lac/glosario_malnutricion.pdf.

⁶ La insuficiencia renal aguda (IRA) es un síndrome que se caracteriza por disminución abrupta (horas a días) de la filtración glomerular, que resulta en la incapacidad

Por lo anteriormente descrito, **Q** presentó queja ante este Organismo el once de junio de dos mil quince. Esencialmente, **Q** y **V2** pretenden la investigación de los hechos, además de que la indagación de la responsabilidad en que pudieron incurrir servidores públicos adscritos al Instituto Materno Infantil del Estado de México, en perjuicio de **V1**.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En la integración del expediente de queja se requirió el informe de Ley al Instituto Materno Infantil del Estado de México, organismo del que depende el Hospital para el Niño; en colaboración se solicitó peritaje técnico-médico institucional a la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de la entidad; se recabaron las comparecencias de los servidores públicos involucrados y de otros servidores relacionados con el caso; además se recibieron, admitieron, desahogaron y valoraron las pruebas ofrecidas; de donde derivaron las siguientes:

PONDERACIONES

I. PREÁMBULO

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

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

del riñón para excretar productos nitrogenados y para mantener la homeostasis de líquidos y electrolitos. Esta alteración en la función renal ocurre con lesión renal en los túbulos, vasos, intersticio y glomérulos y excepcionalmente sin lesión demostrable o puede ser producto de la exacerbación en un paciente con enfermedad renal previa. Consultado el siete de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.amc.org.mx/web2/imagenes/media/enfermedad/IRA.ACAD.DR.MANUEL.DIAZ.DE.LEON.pdf>.



Así, dentro de la inmensa gama de derechos humanos, encontramos el relativo a la salud y a su protección; mismo que ha sido definido por la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946, que en su preámbulo señaló que se trata de un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades; afirmando además que el grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.⁷

No obstante, el derecho a la salud posee elementos que permiten contribuir a alcanzar el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; los cuales el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que es el órgano responsable de realizar el seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha denominado como factores determinantes básicos de la salud, tales como: la alimentación, vivienda, acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas así como a un medio ambiente sano.⁸

En ese sentido, es el propio Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su artículo 12, párrafo 2, apartado a); señala la necesidad para adoptar medidas concernientes a reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil,⁹

⁷ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, incluido México y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas posteriores se han incorporado al texto actual.

⁸ *Observación general N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. Consultado el diecisiete de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view>.

⁹ Entendiendo a la mortinatalidad infantil como la relación entre el número de niños nacidos muertos y el número total de nacimientos. Su cálculo y su seguimiento resultan complicados debido a las disposiciones reglamentarias, que varían con el tiempo y entre países, referentes a la declaración de un nacimiento según el término del embarazo y el estado inicial del niño. (Consultado el diecisiete de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1245178912608683>). En tanto, la mortalidad infantil consiste en el número anual de muertes infantiles dividido por el número total de nacimientos en una región determinada. (Consultado el diecisiete de febrero de dos

promoviendo así el sano desarrollo de la niñez.¹⁰

De igual manera, otros instrumentos internacionales reconocen el derecho de la niñez al disfrute del más alto nivel posible de salud, así como al acceso a servicios sanitarios; como es el caso de la Convención sobre los Derechos del Niño que en su artículo 24 párrafo primero, reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud; asegurando además por esforzarse para que ningún niño sea privado de ese derecho.¹¹

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

Así, en el caso concreto, servidores públicos adscritos al Instituto Materno Infantil del Estado de México, en el ejercicio de un deber encomendado por la ley, brindaron una atención médica que se consideró violatoria a derechos humanos, en virtud de que, conforme a las evidencias reunidas por este Organismo, se desprendió que se afectó el derecho humano a la protección de la salud en la persona de **V1** y constituyó uno de los elementos por los que se derivó su deceso; causando además **daños inmateriales¹² en V2 y Q.**

mil diecisiete y disponible en: <http://www.humanium.org/es/mortalidad-infantil/>)

¹⁰ Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ratificado por México el 23 de marzo de 1981 y publicado en el Diario Oficial Mexicano el 12 de mayo de 1981.

¹¹ Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989; con entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990. Dicho documento fue ratificado por México el 21 de septiembre de 1990.

¹² *Cfr. LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE REPARACIONES Y LOS CRITERIOS DEL PROYECTO DE ARTÍCULOS SOBRE RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR HECHOS INTERNACIONALMENTE ILÍCITOS*, pp. 109 – 111. La Corte Interamericana entiende que el daño moral o inmaterial “puede comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, y el menoscabo de valores muy significativos para las personas, como las

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

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

De lo anteriormente expuesto, esta Comisión de Derechos Humanos estableció que los servidores públicos adscritos al Hospital para el Niño, que atendieron a **V1** en el ejercicio de la profesión médica, pudieron incurrir en actos contrarios a la normativa nacional y local, a la ciencia médica, así como a los parámetros que dicta el sistema internacional de protección a derechos humanos.

II. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

ES EL DERECHO DE TODO SER HUMANO A QUE SE LE GARANTICEN LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LOGRAR SU BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL, A TRAVÉS DE BIENES Y SERVICIOS DE CALIDAD QUE LE ASEGUREN EL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD.¹³

alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia". Consultado el ocho de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R22050.pdf>.

¹³ Delgado Carbajal, Baruch F. y Bernal Ballesteros María José (coords.) (2016, Segunda Edición), Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, p. 217.

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

Por otra parte, en el ámbito interno son dos textos los que refieren el derecho a la protección de la salud: el primero de ellos, es la Constitución Política Federal, la cual señala en el artículo 4° que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; agregando además que será la Ley que defina las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, estableciendo también la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.¹⁴

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

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

Aunado a lo anterior, la prestación del servicio de salud debe enfocar mayores esfuerzos cuando se trate de brindar atención médica

¹⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el cinco de febrero de dos mil diecisiete. Consultado el veinte de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_050217.pdf.



a pacientes que, por determinadas circunstancias o condiciones, son más vulnerables a que sus derechos humanos sean violados debido a una acción u omisión por parte de los profesionales de la salud. Tal es el caso de las niñas y niños, que en razón de su edad y desarrollo psicofísico, corren el riesgo de que se les impida acceder a incorporarse a mejores condiciones de vida.

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

III. DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL¹⁵

DERECHO DE TODO SER HUMANO A RECIBIR ATENCIÓN Y TRATAMIENTOS OPORTUNOS PARA LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD, RESPETANDO EL PRINCIPIO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.¹⁶

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

En ese sentido, la atención médica integral se halla instituida en la Ley General de Salud, la cual indica en su artículo 33 que será conformada por aquellas acciones de carácter: I. Preventivas, es decir aquellas que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con

¹⁵ Delgado Carbajal, Baruch F. y Bernal Ballesteros María José (coords.) (2016, Segunda Edición), Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, p. 219.

¹⁶ Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española el vocablo paciente se refiere a la persona que padece física y corporalmente, y especialmente, quien se halla bajo atención médica.

discapacidad; y IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.¹⁷

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

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

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

Debido a la ausencia de personal médico que atendiera de forma oportuna a **V1** en el Centro de Salud Rural de Mado Sector I en Acambay,¹⁸ a las diecisiete horas con tres minutos del dos de junio de dos mil quince, sus

¹⁷ Artículo 33 de la Ley General de Salud, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el veintisiete de enero de dos mil diecisiete. Consultado el veinte de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf.

¹⁸ Hechos que constan en la Recomendación 8/2017 emitida por este Organismo a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México, el treinta de marzo de dos mil diecisiete por violación al derecho a la protección de la salud y violación al derecho a recibir atención médica integral.

padres **Q** y **V2**, acudieron junto con **V1** al servicio de urgencias del Hospital para el Niño en Toluca, perteneciente al Instituto Materno Infantil del Estado de México; lugar donde se llevaron a cabo las siguientes acciones, mismas que se desprenden de las documentales que conforman el expediente de queja:

A su llegada al servicio de urgencias, **V1** fue atendido por la pediatra **SP1** quien tras llevar a cabo la exploración física, diagnosticó desnutrición proteicoenergética severa, ordenando su hospitalización y solicitando además la práctica de exámenes paraclínicos. Luego, a las diecinueve horas con treinta y cinco minutos del dos de junio de dos mil quince, **V1** fue valorado por la nutrióloga pediatra **SP2**, quien de acuerdo a los datos previos observó deterioro del estado nutricional, cursando una desnutrición crónica agudizada de intensidad grave tipo Kwashiorkor;¹⁹ por lo que una vez señalado lo anterior, interrogó a **V2**, quien le expresó que si bien acudía a consultas pediátricas, en ningún momento se le comentó que su hijo no estuviera creciendo de manera adecuada o que hubiera alguna alteración de peso. Finalmente, siendo las veintidós horas con treinta y nueve minutos, el médico **SP3** elaboró nota de ingreso, refiriendo los antecedentes de **V1** e indicando que presentaba anemia microcítica hipocrómica.

El tres de junio de dos mil quince, a las doce horas con tres minutos las médicas **SP4** y **SP5**, señalaron que tras la exploración física, **V1** contaba con signos universales de desnutrición; iniciando el suministro de glucosa vía oral. Además, informaron a familiar del paciente acerca del estado clínico bajo el

¹⁹ La etiología más frecuentemente descrita es por la baja ingesta de proteínas, sobre todo en pacientes que son alimentados con leche materna prolongadamente, o en zonas endémicas donde los alimentos sean pobres en proteínas animales o vegetales. Incluso se describió que en países africanos que fueron alimentados con maíz alterado, la deficiencia del triptófano en este alimento provocó la interrupción de la formación de proteínas propiciando la hipoproteinemia y las manifestaciones descritas. Usualmente se presenta en pacientes de más de un año de edad, en particular aquellos que han sido destetados de la leche materna tardíamente, la evolución es aguda. Las manifestaciones clínicas son con una apariencia edematosa, el tejido muscular es disminuido, pueden acompañarse de esteatosis hepática y hepatomegalia, lesiones húmedas de la piel (dermatosis). *Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico*. Consultado el veinte de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr122d.pdf>.

que se encontraba, así como de los riesgos que suponía, tales como infección nosocomial,²⁰ sepsis y choque séptico. Mientras tanto, a las diecisiete horas de ese mismo día, las médicas **SP4** y **SP7** señalaron que el paciente se encontraba delicado con pronóstico reservado a evolución, avisando al familiar sobre el estado clínico y las complicaciones tales como: **infección nosocomial, sepsis, choque séptico, insuficiencia cardíaca e incluso la muerte**.

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

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

5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

[...]

5.14 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14, 3.15 y 3.16 de esta norma, respectivamente. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada

²⁰ Las infecciones nosocomiales son infecciones contraídas durante una estadía en el hospital que no se habían manifestado ni estaban en período de incubación en el momento del internado del paciente. Las infecciones que ocurren más de 48 horas después del internado suelen considerarse nosocomiales. *Prevención de las infecciones nosocomiales Guía Práctica. 2a edición, (2003). Organización Mundial de la Salud.*



paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.²¹

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

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

En este punto, es preciso señalar que al establecer un diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, la obligación del doctor **SPR3**, consistía en referir al paciente al servicio de cuidados intensivos pediátricos; procedimiento que se contempla en la *Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 18 años en el primer y segundo nivel de atención*; la cual señala que entre los síntomas para contemplar dicho acto, se encuentran: una saturación de oxígeno, un probable estado de choque, dificultad respiratoria grave o bien respiración lenta o irregular;²² referencia que no fue practicada. No obstante lo establecido en la guía referida, el médico **SPR3** omitió llevar a cabo dicho procedimiento.

Lo anterior se corroboró con la comparecencia ante esta Defensoría de Habitantes, donde el médico **SPR3** argumentó que el servicio de urgencias del Hospital para el Niño

cuenta con la capacidad para el tratamiento y atención de los pacientes considerados graves, pero que en el caso de **V1**, no pudo concretarse ese esfuerzo, toda vez que el servicio de terapia intensiva pediátrica de dicho nosocomio **se encontraba saturado**, por lo cual el niño continuó su tratamiento en el servicio de urgencias.

Por otra parte, conforme a la opinión autorizada por la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico de la entidad, mediante el peritaje técnico institucional remitido a este Organismo; estableció en la **conclusión tercera, inciso a**, que existió negligencia en la atención brindada a **V1**, en razón de que el cinco de junio de dos mil quince, el pediatra **SPR3**, del servicio de urgencias estableció el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, con acidosis metabólica, sometiendo al niño a fase III de ventilación; omitiendo ingresarlo a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, para su manejo integral.

Aunado a ello, esta Comisión ha señalado con anterioridad en las **Recomendaciones 18/2016**²³ y **19/2016**,²⁴ la obligación para que en aquellos casos en los que la atención es urgente, el personal médico debe tomar decisiones de manera diligente, encaminadas a que el paciente pueda ser atendido por personas o instituciones que tengan conocimiento de la urgencia, y que en caso de ser necesario se realice el traslado, la referencia y/o contrarreferencia a los establecimientos de salud que puedan garantizar la atención médica que requieran conforme a su padecimiento; máxime cuando se trata de situa-

²³ Dirigida a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México el quince de julio de dos mil dieciséis, por violación al derecho a una atención médica libre de negligencia (mala práctica médica) y el derecho a obtener servicios públicos de calidad. El texto íntegro de la Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 60 fojas. Disponible en: <http://www.codhem.org.mx/LocalUser/codhem.org/recomendaciones/pdf/2016/1816.pdf>.

²⁴ Emitida a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México el veintinueve de agosto de dos mil dieciséis, por violación a los derechos a la protección de la salud, a recibir atención médica integral, a una atención médica libre de negligencia, a recibir un trato digno y respetuoso, a otorgar el consentimiento válidamente informado y del derecho de las mujeres a no ser sujetas de violencia obstétrica. El texto íntegro de la Recomendación se encuentra en el expediente respectivo y consta de 70 fojas. Disponible en: <http://www.codhem.org.mx/LocalUser/codhem.org/recomendaciones/pdf/2016/1916.pdf>.

²¹ En vigor al momento de los hechos. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el quince de octubre de dos mil doce.

²² *Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 18 años en el primer y segundo nivel de atención*. México, 2008; Secretaría de Salud. Consultado el veinte de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sg/css/documentos_pdf/Cat%20Maestro%20539%20GPC%202012/S-120-08_NEUMONIA_ADQUIRIDA_COMUNIDAD/SS_120_08_GRR.pdf.

ciones que ponen en peligro la vida de los pacientes o bien, cuando se trata de un problema médico agudo y que requiera de una atención inmediata que no pueda brindarse ese servicio en una unidad hospitalaria.

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

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

El médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia médica siendo, por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actividad se halla un elemento aleatorio. **El médico no garantiza la curación del enfermo, pero sí el empleo de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso.** Consecuentemente, el médico cumple con su obligación cuando desarrolla o despliega el conjunto de curas y atenciones, en la fase diagnóstica, terapéutica y recuperatoria, que son exigibles a un profesional o especialista normal. **En consecuencia, el médico debe adoptar, de forma continuada, decisiones trascendentes para la vida humana.** En el curso del acto médico deben efectuarse **una serie de elecciones alternativas, desde el momento en que se precisa indicar las exploraciones necesarias para llegar a un diagnóstico, hasta el de prescribir una concreta terapia, y todo ello en el ámbito de la duda razonable sobre la mejor decisión posible.** Por lo tanto, después de analizar de manera sistemática el acto médico, para determinar la existencia de mala práctica médica, el juzgador está llamado a cuestionar si dentro de toda la gama de posibilidades, dadas las circunstancias del caso y el estado de la ciencia médica, la decisión tomada fue la mejor posible.²⁵

Así, la falta de condiciones hospitalarias para brindar la atención que en ese momento requería **V1**, se tradujo en una dilación por parte de **SPR3**, quien se encontraba obligado

²⁵ SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (SCJN). Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tesis 1a. XXV/2013 (10a.) Décima Época, Tesis Aislada (Civil). Primera Sala. Libro XVI, Tomo 1, Enero de 2013, p. 621.

a tomar la mejor decisión posible para que el niño fuera referido a una unidad en la que pudiera recibir el cuidado médico que necesitaba, lo cual se omitió y en su lugar optó por que el paciente permaneciera en el servicio de urgencias. En virtud de ello, la actuación del médico pediatra constituyó una violación al derecho a la protección de la salud, ya que el Estado, las autoridades y servidores públicos del ramo deben garantizar la eficiencia en el funcionamiento de las unidades hospitalarias, evitando poner en riesgo la salud de los pacientes.

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

Lo anterior contravino lo establecido por la *Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de sepsis y choque séptico, en pacientes de 1 mes a 18 años de edad, SSA-291-10*,²⁶ la cual señala que ante la posibilidad de existir un choque séptico -que no depende únicamente de la presión arterial, pues puede aparecer con una presión arterial sistémica normal, aumentada o disminuida- debe ser confirmado por medio de la **citometría hemática**.²⁷

²⁶ *Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de sepsis y choque séptico en pacientes de 1 mes a 18 años de edad, SSA-291-10*. México, 2010; Secretaría de Salud. Consultado el veinte de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.cenotec-difusion.com/CMGPC/SS-291-10/RR.pdf>.

²⁷ La biometría hemática, o citometría hemática como también se le conoce, es el examen de laboratorio de mayor utilidad y más frecuentemente solicitado por el clínico. Esto es debido a que en un solo estudio se analizan tres líneas celulares completamente diferentes: eritroide, leucocitaria y plaquetaria, que no sólo orientan a patologías hematológicas; sino también a enfermedades de diferentes órganos y sistemas. Consultado el veinte de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2016/apm164h.pdf>.



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

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

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

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

Igualmente, es preciso señalar que el paciente posee el derecho a recibir una atención médica en la que se establezca un correcto diagnóstico y un tratamiento adecuado conforme a su enfermedad; por lo que en caso de que no puedan llevarse a cabo dichos actos, existe la obligación por parte del personal médico para que sea remitido a otro médico, o bien a otro nosocomio, con el fin de que obtenga la atención adecuada; situaciones que de no actualizarse, como fue el caso que nos ocupó y que por diversas omisiones, no se garantizó el eficaz desarrollo de atención médica en favor de **V1**.

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

Asimismo, esta Defensoría de Habitantes estimó importante señalar que la atención médica integral que se brinda a los pacientes, inicia desde el momento en que ingresa en una unidad de salud o institución hospitalaria; y que la responsabilidad para el acceso a servicios de calidad, así como el desarrollo oportuno y diligente respecto a actos médicos tales como la adecuada valoración física y mental,

el diagnóstico preciso de los síntomas, la determinación y establecimiento de tratamiento acordes a su padecimiento, afección o situación de necesidad, la valoración respecto a la recuperación; corresponden al personal médico y de enfermería, pues son ellos, los sujetos que intervienen en la relación con el paciente en cada fase que constituye el acto médico.

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

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

El acto médico se divide en distintas etapas o fases. La fase diagnóstica, la fase terapéutica y la fase recuperatoria. Sin embargo, cada una de estas fases constituye la totalidad del acto médico. Por tanto, para determinar la existencia de mala práctica médica, el acto médico no debe ser analizado de manera separada, sino que debe hacerse de manera conjunta, pues cada una de las fases que lo componen se encuentran estrechamente vinculadas. Así las cosas, segmentar el acto médico sin tomar en consideración todas las etapas que forman el acto médico, como un conjunto inseparable para la determinación en un caso concreto sobre la existencia de mala práctica médica, sería incongruente e ilógico, pues las fases siguen una secuencia en el tiempo.²⁸

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

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

²⁸ SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (SCJN). Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tesis: 1a. XXIV/2013 (10a.) Décima Época, Tesis Aislada (Civil). Primera Sala. Libro XVI, Tomo 1, Enero de 2013, p. 621.

los siguientes elementos esenciales y que a su vez se encuentran interrelacionados:

A) DISPONIBILIDAD

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

B) CALIDAD

Concepto que se vincula con el deber de los Estados y las autoridades competentes, para que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico, por lo que requieren ser de buena calidad. Esto implica, entre otras cosas, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas.

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



En consecuencia, de todo lo anteriormente expuesto, este Organismo consideró que en la ejecución del acto médico con que se atendieron las necesidades de salud de **V1**, se acreditó una vulneración a su derecho a recibir una atención médica integral, acciones y omisiones que influyeron en el deterioro progresivo de la salud del paciente; por lo que estimó pertinente solicitar al Instituto Materno Infantil del Estado de México implementara las siguientes:

IV. MEDIDAS DE REPARACIÓN

Conforme a lo dispuesto en los artículos 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con los numerales 1, 5, 7, 26, 27, 62 fracción I, 73 fracción V, 74 fracción II y IX, y 75 fracción IV, de la Ley General de Víctimas; así como en los artículos 1, 2, 10, 11, 12, 13 fracciones II, IV y V de la Ley de Víctimas del Estado de México; atendiendo a las circunstancias del asunto, a las acciones y omisiones que expusieron la vulneración, con un criterio de complementariedad para la determinación armónica y eficaz de las medidas de reparación, contemplando un enfoque diferencial y especializado, ante las evidencias del caso, este Organismo ponderó y consideró aplicables las siguientes:

A. MEDIDAS DE REHABILITACIÓN

A.1 ATENCIÓN PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA

La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que entre los daños que puede sufrir una persona, en específico, la(s) víctima(s) de violaciones a derechos humanos, se encuentra el daño moral o inmaterial, entendiéndose así aquellos sufrimientos y aflicciones, el menoscabo de valores muy significativos, alteraciones de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o de su familia.²⁹

Al respecto de este punto, debe precisarse que la atención psicológica especializada que

²⁹ Cfr. *La jurisprudencia de La Corte Interamericana de Derechos Humanos en materia de reparaciones y los criterios del proyecto de artículos sobre responsabilidad del Estado por hechos internacionalmente ilícitos*. Consultado el veintiuno de febrero de dos mil diecisiete y disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R22050.pdf>.

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

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

B. MEDIDAS DE SATISFACCIÓN

B.1 APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS

El artículo 73 fracción V de la Ley General de Víctimas, previene la aplicación de sanciones administrativas a los responsables de violaciones de derechos humanos, sobre la base que las autoridades competentes determinen. En el caso concreto, será la Contraloría Interna del Instituto Materno Infantil del Estado de México, instancia que integra el expediente número CI/IMIEM/IP/03/2016, quien determine, en un plazo razonable y prudente, la responsabilidad administrativa en que pudieron haber incurrido **SPR3** y **SPR4**; acciones que deben hacerse del conocimiento de este Organismo.

C. MEDIDAS DE NO REPETICIÓN

En armonía con lo fijado en el artículo 74 de la Ley General de Víctimas, deben considerarse las siguientes acciones:

C.1 PRÁCTICA MÉDICA CONFORME A NORMAS Y GUÍAS

De manera inmediata, se implementen la(s) circular(es) necesarias como instrumento administrativo idóneo para garantizar la observancia de la Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico**

co, así como de las guías de práctica clínica: *Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 18 años en el primer y segundo nivel de atención* y *Diagnóstico y tratamiento de sepsis y choque séptico en pacientes de 1 mes a 18 años de edad*. Documentos que son base de los razonamientos esgrimidos en esta Recomendación, con la finalidad de evitar que el acto médico vulnere el respeto a la dignidad y los derechos fundamentales del paciente, previniendo así que hechos como los aquí descritos vuelvan a repetirse.

En consecuencia, dichas circulares deberán tener como objetivo el cuidado respecto de los procedimientos que marca la *lex artis médica*, para que se realicen de manera profesional; garantizando que la autoridad recomendada tome las medidas necesarias tendentes a fortalecer el sentido del deber ético para que el ejercicio de la práctica médica sea conforme a las normas, procedimientos, guías de referencia y lineamientos que han sido establecidos para los servidores públicos del Instituto Materno Infantil del Estado de México; de acuerdo a lo razonado en el punto **III apartado A** de esta Recomendación. Lo que hará del conocimiento a este Organismo.

C.2 CAPACITACIÓN EN DERECHOS HUMANOS

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

Así, para considerar el cumplimiento de la medida de reparación; el programa que se remita a este Organismo se destinará al personal médico del servicio de urgencias del Hospital para el Niño en Toluca, debiendo

contener el nombre de los cursos, a qué personal específico irá dirigido, el objetivo que se pretende alcanzar, la duración en horas, el temario en concreto y los objetivos específicos; la cantidad de participantes, el registro de asistencia, en su caso la evaluación pertinente y los resultados obtenidos.

C.3 DISPONIBILIDAD Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Con la finalidad de garantizar el respeto al derecho humano a la protección de la salud y en específico, a recibir una atención médica integral; previniendo omisiones como las aquí descritas; la autoridad recomendada deberá tomar en cuenta lo dispuesto en el punto **III apartado B** de esta Recomendación, y bajo la supervisión de quien corresponda, se ocupe de que exista personal suficiente en número y al mismo tiempo capacitado para atender el servicio de urgencias del Hospital para el Niño en Toluca; considerando la ampliación y habilitación conforme a las normas especializadas de la infraestructura médica disponible, evitando así que otros servicios que se consideran indispensables tales como el relativo a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, con el fin de que se puedan ejecutar los diversos actos médicos sin que existan obstáculos como la saturación y que no permitan la posibilidad de brindar la atención médica que se requiera. De igual manera, deberá vigilar que el sistema de referencia y/o contrarreferencia a un segundo o tercer nivel de atención se encuentre disponible en aquellos casos que así lo ameriten.

Petición que deberá implementar y supervisar a través de quien corresponda y haciéndola del conocimiento de este Organismo al informar sobre el cumplimiento de la medida de reparación.

En consecuencia, se formularon las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. Como **medida de rehabilitación**, estipulada en el punto **IV apartado A.1** de esta Recomendación y en atención al daño inmaterial del que fueron víctimas **Q** y **V2**, como consecuencia de las deficiencias advertidas en la atención médica y posterior de-



ceso de **V1**; en coadyuvancia con la atención psicológica especializada que deberá otorgárseles en relación con el punto primero de la **Recomendación 8/2017** emitida a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México y de la cual se adjunta copia certificada;³⁰ ese Instituto Materno Infantil del Estado de México deberá coordinar acciones con el Instituto de Salud de la entidad, que permitan el adecuado seguimiento y atención de **Q** y **V2**. Punto recomendatorio que deberá llevarse a cabo de forma inmediata y del que se documentará a este Organismo acerca de su cumplimiento.

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

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

tivos acuses de recibido de la circular en los centros de salud y nosocomios que forman parte del Instituto.

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

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

³⁰ Emitida a la Directora General del Instituto de Salud del Estado de México, el treinta de marzo de dos mil diecisiete por violación al derecho a la protección de la salud y violación al derecho a recibir atención médica integral.

DIRECTORIO

PRESIDENTE

Baruch F. Delgado Carbajal

CONSEJEROS CIUDADANOS

Marco Antonio Macín Leyva
Luz María Consuelo Jaimes Legorreta
Miroslava Carrillo Martínez
Carolina Santos Segundo
Justino Reséndiz Quezada

PRIMER VISITADOR GENERAL

Miguel Ángel Cruz Muciño

SECRETARIA GENERAL

María del Rosario Mejía Ayala

DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

René Oscar Ortega Marín

CONTRALORA INTERNA

Angélica María Moreno Sierra

SECRETARIO PARTICULAR DEL PRESIDENTE

Edgar Adolfo Díaz Estrada

VISITADOR GENERAL SEDE TOLUCA

Víctor Leopoldo Delgado Pérez

VISITADOR GENERAL SEDE TLALNEPANTLA

Tiilcuetzpalin César Archundia Camacho

VISITADOR GENERAL SEDE CHALCO

Erick Daniel Mendoza Legorreta

VISITADOR GENERAL SEDE NEZAHUALCÓYOTL

Gregorio Matías Duarte Olivares

VISITADOR GENERAL SEDE ECATEPEC

Carlos Felipe Valdés Andrade

VISITADORA GENERAL SEDE NAUCALPAN

Jóvita Sotelo Genaro

VISITADORA GENERAL SEDE ATLACOMULCO

Mireya Preciado Romero

VISITADOR GENERAL SEDE TENANGO

Oswaldo Fredy Venegas Sánchez

DIRECTOR DE LA UNIDAD JURÍDICA Y CONSULTIVA

Jesús Gabriel Flores Tapia

JEFE DE LA UNIDAD DE INFORMACIÓN, PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN

Everardo Camacho Rosales

JEFA DE LA UNIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Sonia Silva Vega

VISITADURÍA GENERAL DE SUPERVISIÓN PENITENCIARIA

Ricardo Vilchis Orozco

DIRECTOR DEL CENTRO DE ESTUDIOS

Ariel Pedraza Muñoz

Gaceta de derechos humanos

Órgano informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, editado por su Centro de Estudios, a través del Departamento de Publicaciones. Año XI, número 159, abril 20 de 2017.

Dirección

Ariel Pedraza Muñoz

Coordinación editorial

Zujej García Gasca

Asistencia

Jessica Mariana Rodríguez Sánchez

Corrección de estilo

Dulce Thalía Bustos Reyes

Diseño y diagramación

Deyanira Rodríguez Sánchez

© D.R. Comisión de Derechos Humanos del Estado de México

Dr. Nicolás San Juan número 113, colonia Ex Rancho Cuauhtémoc, Toluca, México, C. P. 50010, tel. (01722) 236 05 60.

Disponible en: www.codhem.org.mx

Reserva de derechos al uso exclusivo núm. 04-2009-052611285100-109.

Número de registro del logotipo: 03-2009-050711425000-01.

La información que se publica es integral de acuerdo a como es emitida por las áreas solicitantes.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial sin previa autorización de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.