



Expedientes

- A. CDHDF/III/121/MHGO/13/D4413
- B. CDHDF/III/121/AZCAP/13/N0778
- C. CDHDF/III/122/MHGO/12/D6269
- D. CDHDF/III/121/COY/12/D6098
- E. CDHDF/III/122/ICUAUH/12/D1694
- F. CDHDF/III/121/COY/12/D1637
- G. CDHDF/III/122/VC/12/D0445
- H. CDHDF/III/122/IZTAC/11/D6717
- I. CDHDF/III/122/MHGO/11/D02648
- J. CDHDF/III/122/CUAUH/11/D2600
- K. CDHDF/III/122/AZCAP/11/D2523
- L. CDHDF/III/122/MHGO/11/D2520
- M. CDHDF/III/122/AO/10/D8852
- N. CDHDF/III/121/VC/10/D2772
- Ñ. CDHUS/III/121/XOCH/10/D3114
- O. CDHUS/III/122/XOCH/10/1554
- P. CDHDF/III/122/VC/10/D0116
- Q. CDHDF/III/122/CUAUH/09/D2753

Recomendación 5/2014

Caso

Mala práctica médica, en los que personal médico y de enfermería al realizar sus actividades, en algunos casos, ocasionaron innecesariamente dolores o sufrimientos graves, físicos y mentales a niños y niñas, y en otros la muerte.

Personas peticionarias

Familiares de niños y niñas, y una mujer embarazada, que fueron atendidos por los servicios de salud pediátrica y materno infantil del Distrito Federal.

Personas agraviadas

- Niñas y niños, así como una mujer embarazada usuarios, de los hospitales pediátricos, hospitales materno infantiles y centros de salud del Distrito Federal.
- Familiares de las personas usuarias de los hospitales pediátricos, hospitales materno infantiles y centros de salud del Distrito Federal.

Autoridad responsable

Secretaría de Salud del Distrito Federal


Derechos humanos violados

- I. Derecho a una vida libre de violencia, en relación al derecho de las personas a no ser víctimas de violencia institucional en el ámbito de la salud.
- II. Derecho a la vida en relación con el más alto nivel posible de salud y el derecho a la supervivencia y desarrollo.
- III. Derecho a la integridad personal en relación a no ser víctima de tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Autoridad responsable.

En la Ciudad de México, Distrito Federal, a 1° del mes de octubre de 2014, una vez concluida la investigación de los hechos que motivaron los expedientes de queja al rubro citados, la Tercera Visitaduría General de esta Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal [en adelante, la CDHDF, Comisión u Organismo], formuló el proyecto que, aprobado por la suscrita, en términos de lo establecido por los artículos 1° y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (en adelante, la CPEUM o Constitución); 2; 3; 5; 6; 17 fracciones I, II y IV, 22 fracciones IX y XVI, 24 fracción IV, 46, 47, 48 49, 50, 51 y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, así como en los artículos 71, fracción VI, 82, 119, 120, 136 al 142, y 144 de su Reglamento Interno, constituye la Recomendación **XX/2014**, que dirige a la siguiente autoridad:

Dr. Armando Ahued Ortega, Secretario de Salud del Distrito Federal, en términos de lo dispuesto en los artículos 15 fracción VII, 16, 17 y 29, de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal.

Confidencialidad de datos personales de las personas agraviadas y de las peticionarias

De conformidad con los artículos 6°, fracción II, y 16, párrafo segundo, de la Constitución, 4, fracción II, VII, VIII, XV, 36, 37, fracción II, y 38, fracción I, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, el artículo 5, de la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal y en cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 5, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, se informó a las personas peticionarias y agraviadas relacionadas con la Recomendación, que por ley, sus datos personales no son públicos y que en consecuencia permanecerán confidenciales, salvo solicitud expresa para que en la medida de lo necesario, tal información se publique.

Por así convenir a sus intereses, las personas peticionarias y agraviadas decidieron que sus datos personales fueran confidenciales al momento de publicar la Recomendación, a excepción de los datos de los casos A, E, F (sólo autorizó la madre del niño agraviado), G, J, K, L, Ñ (sólo el padre del niño agraviado), O y P, quienes dieron su autorización expresa para la publicidad de los mismos.

En términos de lo dispuesto por los artículos 4º, párrafo sexto, 6º, fracción II, y 16, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 16, de la Convención sobre los Derechos del Niño, los nombres, apellidos y demás datos personales de las niñas y niños vinculados en los casos, se mantienen bajo la más estricta confidencialidad en pleno respeto de su vida privada.

Con fundamento en el artículo 139, del Reglamento Interno de la CDHDF, se procede al desarrollo de cada uno de los apartados que constituyen la presente Recomendación:

Desarrollo de la Recomendación

I. Relatoría de hechos

I.1. Antecedentes

Durante los años 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013, se presentaron en esta Comisión las quejas motivo de esta Recomendación. La investigación de los hechos de las quejas se dan en el contexto de atención médica deficiente o mala práctica médica,¹ tratos crueles, inhumanos o degradantes por el sufrimiento innecesario de las personas usuarias de los servicios de salud, trato deshumanizado y responsabilidad institucional derivada de la falta de equipo médico adecuado, falta de medicamentos básicos o por falta de personal médico especializado y suficiente en los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (en adelante, la Secretaría de Salud o la SSDF): Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", Hospital General "Dr. Enrique Cabrera", Hospital Materno Infantil Cuajimalpa, Hospital Materno Infantil Xochimilco, Hospital Pediátrico Moctezuma, Hospital Pediátrico Tacubaya, Hospital Pediátrico Azcapotzalco, Hospital Pediátrico Iztacalco, Hospital Pediátrico de Legaría, Hospital Pediátrico de Peralvillo, Hospital Pediátrico La Villa, y Hospital Pediátrico Coyoacán, Centro de Salud T III "Dr. Luis Mazzotti Galindo", y el Centro de Salud T III "Manuel Cárdenas de la Vega".

Algunos de los casos que se presentan en la Recomendación, culminaron en la afectación de la integridad personal o en la muerte de niños y niñas, derivado de diversos factores mencionados en el párrafo anterior.

I.2. Hechos que dieron origen a las quejas

De las quejas que se presentaron en cada uno de los expedientes se tienen los siguientes hechos:

I.2.1. Caso A. Expediente CDHDF/III/121/MHGO/13/D4413

El 28 de junio de 2013, la persona peticionaria Sandra López López, llevó al Hospital Pediátrico Legaría, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a su hijo de 3 años 8 meses de edad (en

¹ La mala práctica médica la podemos definir como la omisión del deber de cuidado, así como la falta de diligencia y previsión por parte del personal médico responsable de atender a los usuarios y usuarias de los servicios de salud, y "conlleva a una actuación incorrecta en el ejercicio de la profesión médica capaz de provocar algún daño al paciente." Hernández, N. (1.999). De la Responsabilidad Jurídica del Médico. Teoría General de la Praxis Médica. Editorial Ateproca, Caracas, p. 35.



adelante, niño agraviado A), quien presentaba una fiebre muy alta. Aproximadamente a las 10:51 horas, fue atendida en el área de urgencias de ese nosocomio por una enfermera de recepción, quien después de tomar la temperatura al niño, le dijo que tenía fiebre de 39 grados y que si no sabía identificar una urgencia médica, ya que dicha circunstancia no lo era. La persona peticionaria le informó a la enfermera, que su hijo era epiléptico y que tenía un dolor abdominal del lado derecho que no lo dejaba levantarse.

La enfermera indicó a la persona peticionaria que no se le iba a dar atención que fuera a su centro de salud. Ante ello, la señora López llevó a su hijo al Hospital de la *Divina Providencia Felipe Santiago*, A.C., donde se le diagnosticó apendicitis, y se le practicó una cirugía de urgencia, dándosele de alta el 2 de julio de 2013, con estado de salud estable.

Por dicha cirugía, la señora Sandra López pagó \$20,469.85 (veinte mil cuatrocientos sesenta y nueve pesos 85/100 M.N.).

I.2.2. Caso B. Expediente: CDHDF/III/121/AZCAP/13/N0778

El 4 de mayo de 2012, la persona peticionaria llevó a su hija, de 11 años de edad (en adelante, niña agraviada B), al Hospital Pediátrico de Azcapotzalco, ya que presentaba un fuerte dolor en la pierna derecha. En ese nosocomio, le indicaron que la niña padecía una infección en vías urinarias; sin embargo, la persona peticionaria manifestó que consideraba que su hija padecía de apendicitis, la cual fue confirmada posteriormente a través de los estudios de laboratorio.

El médico que atendió a la hija de la persona peticionaria, le informó que en ese hospital no contaban con la “disponibilidad de quirófanos y que mejor buscara por sus propios medios en otras instituciones públicas o privadas para que le brindaran la atención a su hija”. La persona peticionaria respondió que era beneficiaria del seguro popular, pues no contaba con otros servicios de atención médica, pero aún así, no se le brindó el servicio.

Por lo anterior, la persona peticionaria llevó a su hija al Hospital Pediátrico Legaria, donde esperó dos horas porque “supuestamente” pasarían a revisión a su hija, sin que lo hicieran y finalmente le indicaron que si el dolor era más fuerte regresara o la llevara al Hospital Pediátrico de Tacubaya o al Hospital Pediátrico de Cuajimalpa.

Al dirigirse a otro hospital del sector salud del Distrito Federal, se agravó la salud de la niña, por lo que la persona peticionaria la llevó a la Clínica *Nuestra Señora del Carmen*, S.C., donde fue diagnosticada con apendicitis e intervenida quirúrgicamente de urgencia.

I.2.3. Caso C. Expediente: CDHDF/III/122/MHGO/12/D6269

En el año 2011, la hija de 4 años de edad (en adelante, niña agraviada C), de la persona peticionaria, inició el desarrollo de una bolita atrás de la oreja izquierda. Presumiendo que fuera un problema grave de salud, en enero de 2012, la esposa de la persona peticionaria y la niña, acudieron a la clínica del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, en Huixquilucan, Estado de México, donde fue atendida y referida al Hospital Pediátrico de Tacubaya.

El 17 de enero de 2012, en el Hospital Pediátrico Tacubaya, un médico de ese nosocomio, atendió a



la niña e informó a la persona peticionaria que ésta presentaba una infección y le prescribió a un tratamiento por un mes, sin emitir orden de estudios que pudieran determinar con exactitud el padecimiento de la niña.

El 29 de febrero de 2012, la niña agraviada fue atendida en el Hospital Pediátrico de Tacubaya, por un médico cirujano pediatra de ese hospital, quien concluyó que no había indicio de alguna patología diferente a la inicialmente diagnosticada y le programó cita para el mes de octubre de 2012, a fin de observar su recuperación, la esposa de la persona peticionaria le dijo *révisela*, pero el médico respondió *¿quién sabe más usted o yo, usted que es una señora de casa o y yo?*

En el mes de marzo de 2012, al salirle a la niña otra bolita atrás de la oreja derecha, sus padres la llevaron con un médico particular, quien ordenó se le practicaran estudios y les informó que los ganglios referidos no eran los únicos y que si tenían seguro porque lo iban a necesitar, por ello llevaron a la niña a una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social [en adelante, "IMSS"], en donde le diagnosticaron leucemia en estado avanzado; a pesar de la atención médica brindada en dicha clínica, la niña falleció en junio del 2012.

1.2.4. Caso D. Expediente: CDHDF/III/121/COY/12/D6098

El 25 de septiembre del año 2012, la nieta de 6 años de edad (en adelante, niña agraviada D), de la persona peticionaria, fue ingresada a las 12:20 horas al Hospital Pediátrico Coyoacán, referida de un centro de salud donde se le había diagnosticado apendicitis, pero el médico de ese nosocomio que la atendió en el área de urgencias valoró a la niña reportando que el cuadro no era compatible con ese padecimiento sino con adenitis mesentérica (inflamación de los ganglios linfáticos del abdomen que provoca dolor tipo apendicular) manteniéndola en observación.

El padecimiento de la niña se complicó, dado que se le reventó el apéndice provocándosele peritonitis, siendo intervenida quirúrgicamente hasta las 19:20 horas del día 26 de septiembre de 2012, debido a que tampoco se tenía espacio en quirófano; por su gravedad la niña agraviada D estuvo en el área de terapia intensiva. Posteriormente, fue dada de alta por recuperación.

1.2.5. Caso E. Expediente: CDHDF/III/122/ICUAUH/12/D1694

El 11 de marzo de 2012, la hija del señor Víctor Manuel Zavala Hernández, de 8 meses de edad (en adelante, niña agraviada E), ingresó al Hospital Pediátrico de Peralvillo, al presentar síntomas de bronconeumonía. Personal médico de ese hospital, informó a la persona peticionaria que la niña se encontraba estable.

El 17 de marzo de 2012, al encontrarse la madre de la niña agraviada en ese nosocomio alimentando a su hija, una enfermera la cuestionó si sabía manejar la venoclisis para que bañara a la niña, al responder la señora que no sabía, dicha servidora pública expresó "cómo va a bañar a su bebito si no sabe manejarlo".

La enfermera, bañó a la niña en presencia de la madre, sin tener el cuidado de la temperatura del agua, ocasionándole quemaduras de primer y segundo grado en un 23 % de su cuerpo. Un médico pediatra, cuestionó a la enfermera su falta de cuidado, respondiendo ésta que no había sido su responsabilidad, sino de "la madre de la niña".



Posteriormente, en el área de Trabajo Social la madre de la niña fue tratada déspotamente cuando se le requirió su autorización para referirla al Hospital Pediátrico Tacubaya, para su atención por quemaduras.

La madre de la niña fue calificada por personal de salud del Hospital Pediátrico de Peralvillo como una persona que no mostraba gran interés e indiferente ante el cuidado de la niña.

I.2.6. Caso F. Expediente: CDHDF/III/121/COY/12/D1637

El 4 de marzo de 2012, el hijo de la persona peticionaria de 9 años de edad (en adelante, niño agraviado F), ingresó al Hospital Pediátrico de Coyoacán. En ese nosocomio, le diagnosticaron apendicitis, por lo que, le informaron a la persona peticionaria que sería intervenido inmediatamente.

Posterior a la intervención quirúrgica, el niño empezó a quejarse de dolor en la herida y no mejoró su salud. Por lo tanto, fue intervenido quirúrgicamente por segunda vez el 8 de marzo de 2012.

El 11 de marzo de 2012, el niño fue referido para su valoración al Hospital Pediátrico Moctezuma, ya que no tuvo mejoría. En este nosocomio, los médicos que le brindaron la atención decidieron que no ameritaba intervenirlos quirúrgicamente, por lo que, regresó al Hospital Pediátrico Coyoacán.

En este nosocomio, un médico, consideró que era necesario nuevamente intervenir quirúrgicamente al niño, dicha cirugía se realizó el 13 de marzo. El médico le informó a la persona peticionaria, que había realizado limpieza de la herida y cortado 20 centímetros de intestino, precisando que el niño se encontraba bien y que permanecería en terapia intensiva sedado y con un respirador artificial para su proceso de recuperación.

Sin embargo, el 14 de marzo, el Director del mencionado hospital, le informó al padre del niño que éste había tenido un paro respiratorio, ya que al moverlo de la camilla a la cama, se desconectó accidentalmente el respirador artificial, de lo cual, se percató el personal hasta después de unos minutos preguntando al padre del niño: *¿oiga usted cree en Dios?*, respondiendo *“sí, ¿por qué?”* y le dijo: *“pues le voy a decir una cosa, pues ni modo, ustedes ganaron en la lotería de la mala suerte, así les tocó, de los accidentes que pasan dentro de un hospital, de un 100% nosotros tuvimos la mala suerte, jugaron la lotería de la mala suerte y ganaron, pues pídale mucho a Dios que su hijo se salve.”*

El niño agraviado falleció el 26 de marzo del 2012, su cuerpo fue llevado a un lugar donde había cosas almacenadas.

I.2.7. Caso G. Expediente: CDHDF/III/122/VC/12/D0445

El día 13 de diciembre de 2011, nació en el Hospital General de México, el sobrino de la persona peticionaria Laura Patricia Vázquez Mimendi, sin complicación alguna. Sin embargo, el 16 de diciembre de 2011, el niño (en adelante, niño agraviado G) no aceptó alimentación del seno materno y presentó vómitos color verde, por lo que, fue ingresado al Hospital Pediátrico La Villa, por una posible *atresia intestinal*, además de presentar una grave deshidratación.



El día 17 de diciembre de 2011, fue trasladado al Hospital Pediátrico Moctezuma, para una valoración quirúrgica. En ese nosocomio, le informaron que allí sería intervenido, de ser necesario, dado que los médicos cirujanos del Hospital Pediátrico La Villa, se encontraban de vacaciones y el quirófano en remodelación. Transcurridos tres días, el niño fue intervenido quirúrgicamente. Al concluir la cirugía, un médico cirujano informó que el niño no presentó *artresia*, sino un tapón de meconio relacionado con íleo mecolonial y que habían detectado una fuerte infección en la sangre, resultado del contenido en su intestino, por lo que, le indicaron a la madre del niño, que sólo le realizarían lavados rectales para que se eliminara el meconio.

El niño no presentó mejoría, por lo que, fue nuevamente intervenido el 29 de diciembre de 2012. Al término de la cirugía, el médico informó a los familiares, que al niño le derivaron el intestino delgado y le realizaron una *ileostomía*, y que con dichos procedimientos estaría bien. No obstante, el niño agraviado continuó presentando vómitos, por lo cual, le colocaron una sonda para que recibiera alimento. Durante su estancia en el hospital, le colocaron tres catéteres, dos en la pierna y uno en el cuello.

El 23 de enero de 2012, la persona peticionaria visitó a su sobrino en el referido nosocomio, observó que su brazo derecho estaba vendado, sus dedos de color morado y fríos. Los médicos le informaron que ello era normal, debido a que le habían colocado un catéter a la altura de la axila.

A las 16:20 horas del día 23 de enero de 2012, mediante comunicación telefónica personal del Hospital Pediátrico Moctezuma, informó a familiares del niño que era urgente que acudieran, ya que sería trasladado al Hospital Pediátrico de Coyoacán, para que le realizaran un ultrasonido en el brazo derecho. La persona que realizó dicho estudio, informó a la madre del niño que al colocarle el catéter le habían perforado un vaso sanguíneo.

Ese mismo día, después de 9 horas y 45 minutos de que se identificó el problema, el niño fue intervenido quirúrgicamente en el Hospital General de México, por petición telefónica de la directora del Hospital Pediátrico de Coyoacán (se le amputó el brazo derecho debido a un inadecuado seguimiento de una venopunción). El niño agraviado, fue trasladado a ese nosocomio sin expediente clínico, ni se solicitó el consentimiento informado a los familiares para practicarle la venopunción.

El niño agraviado, falleció el 22 de febrero de 2012, debido a un cuadro séptico.

I.2.8. Caso H. Expediente: CDHDF/III/122/IZTAC/11/D6717

El 5 de noviembre de 2012, aproximadamente a las 21:00 horas, la hija de la persona peticionaria de 8 años de edad (en adelante, niño agraviado H), ingresó al Hospital Pediátrico de Iztacalco, ya que presentaba un cuadro de apendicitis. El médico que se encontraba de guardia, le informó que era urgente que se le interviniera quirúrgicamente, pero que no contaban con médicos cirujanos, ya que éstos se presentaban a laborar hasta el día 7 de noviembre, pero que realizarían las gestiones correspondientes para que fuera trasladada a otro hospital.

Una doctora de manera déspota y prepotente, le indicó que estaban haciendo todo lo posible para atender a la niña y que no había mucho que hacer, ya que su vesícula ya estaba perforada porque tenía dos días con el padecimiento.



El daño que presentó la niña fue un cuadro de apendicitis perforada y peritonitis, finalmente fue atendida en el Hospital Pediátrico San Juan de Aragón.

I.2.9. Caso I. Expediente: CDHDF/III/122/MHGO/11/D2648

El 25 de abril de 2011, la esposa de la persona peticionaria y su hija de 9 años de edad (en adelante, niña agraviada I), tuvieron un accidente de tránsito, en el que ésta última resultó lesionada, por lo que, fue trasladada al Hospital Pediátrico Legaria, la médica que atendió a la niña indicó con base en una tomografía que se le realizó a la paciente, que ésta se encontraba en *buenas condiciones*, pero que por precaución la trasladarían a otro hospital para continuar en observación.

La niña agraviada fue trasladada al Hospital General la Villa, donde personal médico informó a los familiares, que el estado de salud de ésta era grave y que en cualquier momento fallecería, debido a que al parecer no se contaba con personal especializado en cirugía pediátrica; a las 21:00 horas del mismo día, la niña fue trasladada al Hospital Pediátrico Moctezuma, para practicarle una cirugía debido a que presentaba hemorragia interna de varios órganos; sin embargo, momentos después de llegar a ese nosocomio, falleció a causa de un paro respiratorio.

I.2.10. Caso J. Expediente: CDHDF/III/122/CUAUH/11/D2600

El 27 de abril de 2011, la hija de la persona peticionaria de un año diez meses de edad (en adelante niña agraviada J), fue ingresada por la madrugada al Hospital Pediátrico Peralvillo, de la SSDF, con diagnóstico de bronqueolitis, donde se recuperaba satisfactoriamente.

El 28 de abril de 2011, cuando la persona peticionaria visitó a su hija, fue informada por personal médico, que el estado de salud de su hija era grave debido a que había sufrido un bronco espasmo, por lo que, la persona peticionaria solicitó se le explicará la situación, pero no se le otorgó mayor información.

Posteriormente, la persona peticionaria fue atendida por el director del Hospital Pediátrico Peralvillo, en compañía de otros cuatro médicos, quienes tuvieron a cargo el cuidado y la atención de su hija, y le informaron que lo que había ocurrido era que: "su hija se les cayó de la cuna, quedando inmovilizada entre el barandal y el colchón", lo que provocó que se asfixiara agravándose su salud, por lo que, para su atención la habían trasladado al Hospital Pediátrico Legaria. La niña falleció el 3 de mayo de 2011, por un traumatismo craneoencefálico.

I.2.11. Caso K. Expediente: CDHDF/III/122/AZCAP/11/D2523

El 19 de abril de 2011, el niño agraviado de 2 años cinco meses de edad (en adelante, niño agraviado K), presentó fiebre alta, por lo que, su madre lo llevó al día siguiente al Centro de Salud "Dr. Manuel Cárdenas", dónde lo atendió una enfermera "de manera pronta, sin hacer una revisión general al niño".

El niño continuó con fiebre, por lo que, el 22 de abril de 2011, la persona peticionaria lo llevó al área de urgencias del Hospital Pediátrico de Azcapotzalco, donde fue atendido por una doctora, quien lo



tuvo en observación y le aplicó medicamento. Posteriormente, dicha doctora manifestó que el estado de salud del niño había mejorado y lo dio de alta, prescribiéndole diversos medicamentos para su tratamiento.

Sin embargo, el niño agraviado no presentó mejoría, por lo que, el 22 de abril de 2012, su madre lo llevó nuevamente al Hospital Pediátrico de Azcapotzalco, donde se le brindó atención en el área de urgencias. Después de media hora, el médico que lo atendió le informó a la persona peticionaria, que su hijo había fallecido, indicándole que el niño había llegado en condición grave y que desconocía el tratamiento que se le había prescrito.

1.2.12. Caso L. Expediente: CDHDF/III/122/IMHGO/11/D2520

El 18 de marzo de 2011, la hija de la persona peticionaria de seis meses de edad (en adelante, niña agraviada L), ingresó al Hospital Pediátrico Tacubaya, por presentar un cuadro de neumonía. La niña agraviada estuvo hospitalizada en ese nosocomio, aproximadamente 21 días.

El 8 de abril de 2011, personal médico le informó a la persona peticionaria que su hija presentaba un problema en su mano izquierda, dado que tenía una fuerte infección, sin explicarle las causas de ello.

Por lo anterior, el 14 de abril de 2011, la niña agraviada fue trasladada al Instituto Nacional de Pediatría, donde determinaron que era necesario amputar su mano izquierda, en consecuencia, realizaron dicha intervención quirúrgica al día siguiente.

1.2.13. Caso M. Expediente: CDHDF/III/122/AO/10/D8852

El 5 de diciembre de 2010, entre las 1:42 y 3:00 horas, la persona peticionaria acudió al Hospital General *Dr. Enrique Cabrera* para atención de trabajo de parto. En dicho nosocomio, fue atendida por personal médico, quien le informó que no se tenía personal médico en gineco obstetricia y que si se quedaba era bajo su responsabilidad.

Por lo anterior, aproximadamente a las 3:30 horas del mismo día, la persona peticionaria acudió al Hospital Materno Infantil de Cuajimalpa, donde una doctora la revisó, diciéndole que no tenía nada, al comentarle que se le había salido el líquido amniótico le requirió un estudio de gabinete externo (ultrasonido) ya que ese nosocomio no contaba con dicho servicio, pero no se le atendió por falta de personal médico en gineco obstetricia. A las 8:00 horas de ese día, la persona peticionaria se percató que tenía sangrado vaginal, por lo que acudió al Hospital de la Mujer, donde le practicaron ultrasonido y le informaron que ya no tenía líquido amniótico, que era necesario practicarle una cesárea pero que no tenían medicamentos para el bebé e iba a morir.

Por lo anterior, ese mismo día, la persona peticionaria en compañía de su esposo, acudió al Hospital General "Dr. Gregorio Salas", donde fue atendida por un médico ginecólogo, quien le informó que el bebé estaba bien aunque ya no tenía líquido amniótico, pero que había que esperar a que muriera en el vientre porque estaba muy pequeño y en caso de que no lo expulsara le provocarían el parto.



El 6 de diciembre de 2010, personal de ese nosocomio informó al esposo de la persona peticionaria que no se fuera porque ésta estaba en trabajo de parto y que el bebé nacería en la madrugada del 7 de diciembre.

El 7 de diciembre, en el Hospital General Dr. Gregorio Salas, la médica ginecóloga de guardia, en compañía de una enfermera, a quienes la persona peticionaria les avisó que presentaba fuertes dolores, pero no la atendieron, de tal manera que expulsó al producto sin asistencia médica.

Posteriormente, la doctora acudió a verla, diciendo ya salió y sin revisar al niño (en adelante, niño agraviado M) "lo arrojó de la altura de la cama a una cubeta de patada", y dio inicio al trámite para emitir el certificado de defunción, el cual, le fue entregado a su esposo; sin embargo, en el área de patología al momento de colocar el brazalete de identificación al cuerpo del niño, personal de la policía auxiliar se percató de que estaba vivo, por lo que, vocearon a la doctora para informarle la situación, sin que atendiera el llamado, por lo que, personal de seguridad informó de ello al asistente de la Dirección, bajando molesta la médica por el niño, sin darle atención alguna y diciendo que se iba a morir.

El recién nacido fue hospitalizado, dado que presentó un gran hematoma en la cabeza. La Secretaría de Salud del Distrito Federal, otorgó al niño agraviado un pase automático al centro TELETÓN, donde actualmente es atendido dado que presenta daño neurológico secundario a factores perinatales.

I.2.14. Caso N. Expediente: CDHDF/III/121/VC/10/D2772

El 15 de abril de 2010, el padre del niño agraviado de 14 años de edad (en adelante, niño agraviado N), llevó a su hijo al Hospital Pediátrico Tacubaya, debido a que presentaba dolor abdominal y vómito. En dicho nosocomio, se le practicaron estudios y fue referido por sus propios medios al Hospital Pediátrico Moctezuma, donde una médica residente, informó a los padres, sin ordenar la práctica de estudios adicionales, que no era el apéndice, pero que esperaran a que lo valorara el médico-cirujano, a lo cual accedieron observando que su hijo se retorció de dolor.

Horas más tarde, la médico residente y un médico-cirujano, informaron a los padres del niño, que como el dolor era el mismo con el que llegó, se podían llevar al niño a su casa, regresando a su domicilio, pero el dolor se intensificó, por lo que, volvieron al hospital en comento donde les comunicaron que el niño estaba muy mal, que como era posible que lo hubieran dejado ir teniendo el estudio de sangre, donde se determinaba que se trataba del apéndice, por lo cual, fue intervenido quirúrgicamente de urgencia porque el apéndice se le había reventado.

No obstante lo anterior, el niño agraviado no mejoró, por lo que, el 19 de abril de 2010, fue nuevamente intervenido quirúrgicamente, y el 13 de mayo de 2010, se le dio de alta porque se encontraba clínicamente estable. No obstante, su estado de salud no mejoró, por lo que, sus familiares decidieron llevarlo al día siguiente para su atención, al Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, donde se le realizó una cirugía el 2 de junio de 2010, por presentarse una obstrucción intestinal, lográndose su estabilidad hasta el 23 de junio de 2010, y dado de alta el 1º de julio de 2010.

**I.2.15. Caso Ñ. Expediente: CDHDF/III/121/XOCH/10/D3114**

El niño agraviado de dos años de edad (en adelante, niño agraviado Ñ), fue ingresado el 7 de mayo de 2010, al Hospital Materno Infantil Xochimilco, por un dolor en el estómago, posteriormente, personal de salud informó a sus familiares, que el niño presentó una fuerte infección en un pulmón, pero que desconocían el origen y las causas, dado que no se le practicaron estudios de laboratorio en ese nosocomio porque no se tenían los recursos materiales para ello. No obstante, tomaron una muestra de sangre, la cual, se le entregó al padre del niño agraviado a fin de que la llevara al Instituto de Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), para el estudio respectivo.

En dicho nosocomio se le suministraron al niño agraviado antibióticos, pero su salud no mejoró, falleciendo el 16 de mayo de 2010, a causa de un paro cardio respiratorio.

I.2.16. Caso O. Expediente: CDHUS/III/122/XOCH/10/D1554

El 27 de enero de 2010, el niño agraviado de 1 mes 25 días de edad (en adelante, niño agraviado O), fue llevado por su madre para su atención al servicio de urgencias del Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, donde le fue diagnosticado ileo secundario infeccioso y lactante eufórico, dándole de alta el 2 de febrero de 2010, no obstante que presentaba tos lo que le provocaba flemas y que respirara rápido.

El 7 de febrero de 2010, acudió al mismo Hospital donde al niño le diagnosticaron bronconeumonía remitida y gepiremitida, permaneciendo hasta el 11 del mismo mes y año, día en que lo dieron de alta, percatándose que su tos había mejorado, pero continuaba con problemas estomacales.

El 13 de febrero de 2010, la madre del niño acudió nuevamente al nosocomio señalado, donde le diagnosticaron que el niño estaba irritable, precisándole el médico tratante que se trataba de cólicos.

El 17 de febrero de 2010, la persona peticionaria, se percató que su hijo ya no respiraba y se encontraba frío, por lo que, acudió al Hospital Materno Infantil de Tláhuac, donde le informaron que había fallecido.

El niño falleció de edema agudo moderado a severo y neumonía lobar.

I.2.17. Caso P. Expediente: CDHDF/III/122/VC/10/D0116

El 29 de diciembre de 2009, la niña agraviada de once años de edad (en adelante, niña agraviada P), fue ingresada al Hospital Pediátrico Moctezuma, por presentar síntomas de una posible apendicitis. Los médicos de ese nosocomio, confirmaron el padecimiento y decidieron intervenirla quirúrgicamente de urgencia.

Al concluir la intervención quirúrgica, un médico-cirujano, de una forma grosera le dijo a la persona peticionaria: *"su hija está muy obesa e hizo que la operación fuera complicada"* por lo que, sufrió un paro cardio respiratorio y que presentaba muerte cerebral.

Días después de realizada la referida cirugía, un médico de ese nosocomio, refirió a los padres de la niña: *"su hija ya no tiene nada que hacer aquí, está ocupando una cama de más, si yo quiero la*

puedo desconectar”, posteriormente, los invitó a donar los órganos, para lo cual, ya contaban con la documentación legal. La niña agraviada, falleció el 15 de enero de 2010.

I.2.18. Caso Q. Expediente CDHDF/II/122/CUAUH/09/D2753

Esta Comisión, inició de oficio una investigación, derivado a que en diversos medios de comunicación impresa, se publicaron notas periodísticas en las que se informó lo siguiente:

La madre de la niña agraviada de 4 años de edad (en adelante, niña agraviada Q), presentó a su hija al Centro de Salud “Luis Mazzotti Galindo”, dado que presentaba temperatura y se quejaba de dolor en la pierna izquierda. En ese centro, le indicaron que el dolor se debía a crecimiento muscular y la temperatura a cambios climáticos, por lo que, debía suministrarle dos goteros de paracetamol cada 8 horas y que regresara en tres días para valoración.

Al no presentar mejoría la niña agraviada, el 27 de abril de 2009, su madre la llevó al Hospital Pediátrico de Peralvillo; el personal médico que la atendió, le recetó únicamente un analgésico y un antiinflamatorio; asimismo, le colocó una férula en la pierna izquierda. Sin embargo, la condición de salud de la niña se complicó reportando un incremento en la temperatura.

Dadas las circunstancias de la alerta sanitaria por la presencia de influenza AH1N1, no se descartó el hecho de que contrajo la infección al momento de estar en la Centro de Salud, al que acudió antes de ir al hospital. Sin embargo, la niña falleció el 27 de abril de 2009, alrededor de las 22:00 horas en su domicilio por pleuroneumonía no traumática.

II. Competencia de la CDHDF para la investigación de los hechos

La Competencia de esta Comisión para conocer de los hechos materia de la presente Recomendación, está determinada en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Así, le corresponde a esta Comisión, como resultado de su procedimiento de investigación de quejas, establecer si existe violación de los derechos humanos y la responsabilidad por parte de las autoridades del Distrito Federal. Asimismo, le corresponde en exclusiva, determinar los derechos que han sido violados, así como interpretar los alcances y límites de sus propias facultades, conforme al principio de competencia de la competencia². Por lo tanto, la validez de la competencia no está sujeta a la interpretación de los entes públicos, cuya conducta se encuentra bajo examen de esta Comisión.

Por lo anterior, con fundamento en el apartado B, del artículo 102, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con los diversos 2 y 3, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal,³ 11 de su Reglamento Interno;⁴ así como en los

² *Compétence de la compétence*: el principio de competencia de la competencia quiere decir que el ente tiene la facultad de pronunciarse respecto de su propia competencia; éste principio se establece en la Convención Americana sobre Derechos Humanos [artículo 62, inciso 3.], en la jurisprudencia de la Corte Interamericana, y ha sido adoptada por la práctica arbitral y judicial.

³ El artículo 2 establece como objeto de la CDHDF, la protección, defensa, vigilancia, promoción, estudio, educación y difusión de los derechos humanos, establecidos en el orden jurídico mexicano y en los instrumentos internacionales de

denominados Principios de París,⁵ este Organismo tiene competencia por las siguientes razones:

En razón de la materia *-ratione materia-*, debido a que de los hechos investigados, esta Comisión presumió la violación a los derechos a una vida libre de violencia, en relación al derecho de las personas a no ser víctimas de violencia institucional en el ámbito de la salud; a la vida, en relación con el más alto nivel posible de salud y el derecho a la supervivencia y desarrollo; a la integridad personal, en relación a no ser víctima de tratos crueles, inhumanos o degradantes, y al derecho de las víctimas, a que se investigue eficaz y adecuadamente.

En razón de la persona *-ratione personae-*, ya que las violaciones a los derechos humanos fueron atribuidas a servidores públicos del Distrito Federal, adscritos a la Secretaría de Salud.

En razón del lugar *-ratione loci-*, porque los hechos ocurrieron en el territorio del Distrito Federal.

En razón de tiempo *-ratione temporis-*, en virtud de que los hechos violatorios de derechos humanos atribuidos a los funcionarios públicos mencionados *supra*, sucedieron en los años 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013, respectivamente, esto es, con posterioridad a la fecha de creación de este Organismo; asimismo, se hicieron del conocimiento de esta Comisión dentro del marco temporal que permite a los peticionarios presentar sus quejas.

III. Hipótesis de investigación

Una vez analizados los hechos motivo de queja y establecida la competencia de este Organismo para tomar conocimiento de los mismos, de conformidad con los artículos 36, 37, 41 a 44, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, se inició el procedimiento de investigación.

Al respecto, se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo:

1. Funcionarios y funcionarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, no brindaron una atención adecuada y efectiva a varias niñas, niños y a una mujer embarazada, al momento en que acudieron a un centro de salud u hospital público, ocasionando mediante diferentes actos y omisiones, la violación de su derecho a una vida libre de violencia, lo cual, también generó la violación del mismo derecho para sus familiares.

derechos humanos, así como el combate a toda forma de discriminación y exclusión, consecuencia de un acto de autoridad a cualquier persona o grupo social. El artículo 3 dispone que el organismo será "competente para conocer de quejas y denuncias por presuntas violaciones a los derechos humanos, cuando éstas fueren imputadas a cualquier autoridad o servidor público que desempeñe un empleo, cargo o comisión local en el Distrito Federal o en los órganos de procuración o de impartición de justicia cuya competencia se circunscriba al Distrito Federal."

⁴ De acuerdo con el cual: "[l]a Comisión conocerá de actos u omisiones de naturaleza administrativa que constituyan presuntas violaciones a derechos humanos, provenientes de cualquier autoridad o servidor (a) público (a) [del Distrito Federal]."

⁵ Resolución A/RES/48/134 del 20 de diciembre de 1993. Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos [Principios de París], que establece como responsabilidad de los organismos nacionales de protección de derechos humanos la promoción y defensa de los derechos de las personas de acuerdo con el derecho internacional de la materia [Apartado A, punto 3, inciso b].



2. Funcionarios y funcionarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, fueron omisos en brindar todas las medidas necesarias para garantizar una atención adecuada y efectiva a niñas y niños que fueron llevados por sus familiares a un centro de salud u hospital público, ocasionando mediante esas omisiones, la violación de su derecho a la vida, en conexidad con los derechos al más alto nivel posible de salud, y a la supervivencia y al desarrollo.
3. Funcionarios y funcionarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante omisiones y/o acciones, generaron sufrimientos innecesarios al momento de atender a niñas, niños y a una mujer embarazada, cuando acudieron a un centro de salud u hospital público, ocasionando la violación de su derecho a la integridad personal, en particular a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes.

IV. Procedimiento de investigación

Con la finalidad de desvirtuar las hipótesis, se realizaron las siguientes acciones para recabar información:

- Entrevistas a las personas relacionadas con los hechos:

Entrevistas a peticionarias y a las personas testigos de los hechos;
Entrevistas a servidores y servidoras públicas relacionadas con los hechos.

- Solicitudes a las autoridades:

Solicitud de medidas precautorias a la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal;
Solicitudes de información a la Secretaría de Salud y a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, así como de colaboración, a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y al Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal. ;
Solicitud y obtención de dictámenes y opiniones médicas de personal médico de instituciones de salud públicas.

- Recopilación y consulta de documentos:

Recopilación de notas periodísticas relacionadas con los hechos;

Consultas a expedientes clínicos de las y los niños agraviados, así como de aquellos iniciados con motivo de la atención de algún familiar que también tiene la calidad de persona agraviada.

Consulta de las averiguaciones previas iniciadas, en algunos casos, con motivo de los hechos, así como de sus correspondientes desgloses.

Consulta de los expedientes administrativos iniciados en algunos de los casos, con motivo de los hechos.

- Solicitud y obtención de dictámenes y opiniones médicas y psicosociales:

Solicitud y obtención de dictámenes y opiniones de personal médico de la CDHDF;



Elaboración, en algunos casos, de opiniones de impacto psicosocial, a víctimas y familiares de ellas.

- Análisis y concatenación de todas las evidencias.

V. Evidencias

Durante el proceso de investigación, esta Comisión recabó las evidencias que dan sustento a la presente Recomendación y que se encuentran detalladas en el Anexo que forma parte integrante de la misma.

VI. Derechos Violados

VI.1. Marco jurídico aplicable: la reforma constitucional y la prevalencia del interés superior de la niñez.

El 10 de junio de 2011, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la reforma en materia de derechos humanos.

Es importante resaltar, los primeros tres párrafos del artículo 1º, Constitucional, que a la letra señalan:

[...] En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

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

Como se puede observar, la Constitución establece que todas las personas gozan de todos los derechos reconocidos en ésta y en los tratados internacionales de los que México sea parte. En ese contexto, es importante señalar que para determinar el alcance de las obligaciones de las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar, los derechos humanos, se tendrán que analizar las normas relativas a derechos humanos contenidas en la Constitución y en los tratados internacionales, a la luz de los criterios de los órganos creados para controlar tanto la adecuada aplicación de la Constitución en el ámbito interno, como en el ámbito internacional. En ese sentido, la Suprema Corte de Justicia [en adelante "SCJN"] estableció los parámetros y pasos a seguir

cuando se aplique el control de convencionalidad por todas las autoridades del país,⁶ lo que incluye a los organismos públicos autónomos.

La SCJN, señaló que para observar los derechos humanos contenidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte, se deberá acudir a los criterios del Poder Judicial de la Federación, así como a las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos [en adelante “Corte IDH”] en los casos en los que México no haya sido parte, con miras a determinar cuál es la norma más favorable y ofrezca mayor protección al derecho en cuestión.⁷

La CDHDF, en el análisis de los casos que se someten a su conocimiento, debe incluir la jurisprudencia de los tribunales internacionales a los que México les reconoce competencia,⁸ así como las interpretaciones de los órganos creados por tratados internacionales de derechos humanos, la legislación nacional, el derecho comparado, así como las doctrinas de los publicistas de mayor competencia,⁹ dentro de los que se incluyen los principios y criterios establecidos por los procedimientos especiales de la Organización de las Naciones Unidas.

Por lo que se refiere a los pasos a seguir en el control de constitucionalidad, la Suprema Corte de Justicia de la Nación señaló lo siguiente:

[...] el Poder Judicial al ejercer un control de convencionalidad *ex officio* en materia de derechos humanos, deberá realizar los siguientes pasos: a) Interpretación conforme en sentido amplio, lo que significa que los jueces del país —al igual que todas las demás autoridades del Estado Mexicano—, deben interpretar el orden jurídico a la luz y conforme a los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales en los cuales el Estado Mexicano sea parte, favoreciendo en todo tiempo a las personas con la protección más amplia; b) Interpretación conforme en sentido estricto, lo que significa que cuando hay varias interpretaciones jurídicamente válidas, los jueces [así como todas las demás autoridades del país] deben, partiendo de la presunción de constitucionalidad de las leyes, preferir aquella que hace a la ley acorde a los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales en los que el Estado mexicano sea parte, para evitar incidir o vulnerar el contenido esencial de estos derechos; c) Inaplicación de la ley cuando las alternativas anteriores no son posibles.

⁶ SCJN. TESIS Núm. LXVIII/2011. Novena época. Instancia: Pleno. PARÁMETRO PARA EL CONTROL DE CONVENCIONALIDAD EX OFFICIO EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS. Varios 912/2010. 14 de julio de 2011.

⁷ Es importante aclarar que la Suprema Corte de Justicia de la Nación en su tesis supra se refirió exclusivamente a los criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, por tratarse de un asunto vinculado a la misma: el cumplimiento de la Sentencia del Caso Rosendo Radilla Pacheco. Esta Comisión en el ejercicio de control de convencionalidad *ex officio* amplía su parámetro para incorporar todos los tratados de derechos humanos que crean mecanismos de supervisión y los demás tribunales internacionales a los que México les reconoce competencia contenciosa, a la luz del conjunto de las obligaciones internacionales generales del Estado mexicano.

⁸ El Estatuto de la Corte Internacional de Justicia del cual México es parte señala en su artículo 38 que las fuentes del derecho internacional, así como las fuentes auxiliares, son las siguientes: “a) las convenciones internacionales, sean generales o particulares, que establecen reglas expresamente reconocidas por los Estados [...]; b) la costumbre internacional como prueba de una práctica generalmente aceptada como derecho; c) los principios generales de derecho reconocidos por las naciones civilizadas; d) las decisiones judiciales y las doctrinas de los publicistas de mayor competencia de las distintas naciones, como medio auxiliar para la determinación de las reglas de derecho [...]”

⁹ SCJN. TESIS Núm. LXIX/2011. Novena Época. Instancia: Pleno. PASOS A SEGUIR EN EL CONTROL DE CONSTITUCIONALIDAD Y CONVENCIONALIDAD EX OFFICIO EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS. Varios 912/2010. 14 de julio de 2011.

Por otro lado, el citado artículo 1º, Constitucional, estableció que para interpretar las normas de derechos humanos, se tendrán que emplear los principios de interpretación conforme y pro persona. Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha señalado que “[...] todas las demás autoridades del país [diferentes al poder judicial] en el ámbito de sus competencias tienen la obligación de aplicar las normas correspondientes haciendo la interpretación más favorable a la persona para lograr su protección más amplia [...]”¹⁰.

Por todo lo anterior, para esta Comisión, en concordancia con lo establecido por el máximo tribunal nacional, el parámetro de análisis para determinar las obligaciones de la autoridad en materia de derechos humanos, es el siguiente:

- a) Todos los derechos humanos establecidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte;
- b) La jurisprudencia del Poder Judicial de la Federación y de la Corte IDH, aplicando aquella que ofrezca mayor protección a la persona. En ese mismo nivel, se considerarán los criterios interpretativos de los órganos internacionales, creados para supervisar el cumplimiento de los Estados de sus obligaciones en materia de derechos humanos, ejemplo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Humanos creado por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; y,
- c) La legislación aplicable y otras normas jurídicas relevantes.

Por otra parte, para los casos médico pediátricos vinculados en el presente documento, este Organismo Público autónomo, estableció como eje rector de la investigación y documentación el principio de interés superior de la niñez. Lo anterior, en virtud de que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ha establecido a partir de la reforma del 12 de octubre de 2011, la obligación de todos los órganos del Estado de atender ese principio en todas sus decisiones y actuaciones, garantizando de manera plena el ejercicio de los derechos de las personas menores de 18 años. Esta reforma al artículo 4º, Constitucional, establece que:

[...] En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios.

La Primera Sala de la SCJN, ha sostenido que el interés superior de la infancia, reconocido plenamente en el artículo 4º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, exige la “garantía plena” de los derechos de niñas y niños. Consecuentemente, el citado artículo 4º, párrafo octavo, representa un punto de convergencia con los derechos de las personas menores de 18 años de edad, reconocidos en tratados internacionales, y constituye un parámetro de regularidad

¹⁰ SCJN. TESIS Núm. LXX/2011. Novena Época. Instancia: Pleno. SISTEMA DE CONTROL CONSTITUCIONAL EN EL ORDEN JURÍDICO MEXICANO. Varios 912/2010. 14 de julio de 2011.

especializado respecto de los derechos de la niñez, como el que establece el artículo 1º, párrafo segundo, de la Constitución General de la República, respecto de los derechos humanos en general.¹¹

El interés superior de la niñez, es uno de los principios rectores de la Convención de los Derechos del Niño (en adelante, la CDN) y de todo el marco normativo dirigido a la infancia, tanto en el orden internacional como en el orden interno, señalando que la niñez tiene derecho a que su interés superior sea la consideración primordial.

De este modo, el artículo 3º, de la Convención de los Derechos del Niño, establece la base sobre la cual los Estados deben fundamentar sus decisiones y cumplir sus obligaciones en relación con los niños, niñas y adolescentes:

En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial que se atenderá, será el interés superior del niño.

En desarrollo de ese artículo, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ha señalado que el interés superior del niño debe ser la principal consideración en todas las acciones que afecten a los niños, las niñas y los adolescentes.¹² Asimismo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha manifestado lo siguiente:

[...] [E]l interés superior del niño es un principio orientador de la actividad interpretativa relacionada con cualquier norma jurídica que tenga que aplicarse a un niño en un caso concreto o que pueda afectar los intereses de algún menor. Este principio ordena la realización de una interpretación sistemática que, para darle sentido a la norma en cuestión, tome en cuenta los deberes de protección de los menores y los derechos especiales de éstos previstos en la Constitución, tratados internacionales y leyes de protección de la niñez.

Cuando se trata de medidas legislativas o administrativas que afecten derechos de los menores, el interés superior del niño demanda de los órganos jurisdiccionales la realización de un escrutinio mucho más estricto en relación con la necesidad y proporcionalidad de la medida en cuestión¹³.

Aunado a lo anterior, cabe señalar que este principio se funda sobre la dignidad misma del ser humano, en el reconocimiento de las personas que integran este sector de la población como sujetos plenos de derechos y en la necesidad de propiciar el desarrollo de aquellos con pleno aprovechamiento de sus potencialidades.¹⁴ Además, incluye por un lado, el derecho a que todo niño, niña o adolescente sea protegido y protegida contra cualquier forma de sufrimiento, abuso o descuido, incluidos el descuido físico, psicológico, mental y emocional; y, por otro lado, la

¹¹ Ver SCJN. Tesis: 1ª. LXXVI/2013. Décima Época. Instancia: Primera Sala. Interés Superior de la Niñez. El artículo 4º. Párrafo Octavo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, representa un punto de convergencia con los derechos de la infancia reconocidos en tratados internacionales. Amparo Directo 2749/2012. 24 de octubre de 2012.

¹² UNICEF, *La Convención en tus manos. Los derechos de la infancia y la adolescencia*, UNICEF, Uruguay, 2004, pág. 25.

¹³ SCJN, Tesis Aislada, 1a. XV/2011, Semanario de la Suprema Corte de Justicia y su Gaceta, novena época, Primera Sala, XXXIII, febrero 2011, pág.1.

¹⁴ CDHDF, Informe especial sobre el sistema de justicia para adolescentes en el Distrito Federal. 2008-2009, pág. 44.

posibilidad de desarrollarse en forma armoniosa, es decir que tenga derecho a crecer en un ambiente armonioso y con un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.¹⁵

En ese sentido, la misma CDN señala que **aún en situaciones donde no sea fácil establecer cuál es la mejor forma de respetar ese principio, lo que prima es que el niño, la niña y/o el adolescente pueda ejercer todos sus derechos de la manera más completa e integral, lo que implica un trato prioritario.**¹⁶

Asimismo, este principio exige que todos los derechos reconocidos en los tratados internacionales de derechos humanos, en los ordenamientos internos de los Estados y aquellos expresamente señalados en la CDN sean interpretados a la luz del mismo, cuando sus titulares sean personas menores de edad, ampliando el alcance de las normas que reconozcan tales derechos. Teniendo en cuenta lo anterior; todos los derechos que se traten en la presente Recomendación fueron analizados, interpretados y protegidos a la luz del interés superior de la niñez y conforme al parámetro de regularidad especializado respecto de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Uno de los obstáculos que se presentan cuando se pretende definir su significado, es que se trata de un concepto que no es unívoco, sino dinámico, debido a que su contenido se reinterpreta de manera diferente para cada niño o niña, a partir de su estado particular, considerando diversos aspectos como su situación, desarrollo, contexto cultural, social y, sus necesidades, entre otros elementos. Sin embargo, de acuerdo con los órganos de las Naciones Unidas, este principio incluye por una parte el derecho a la protección, lo que supone que todo niño, niña o adolescente, sea protegido contra toda forma de sufrimiento, abuso o descuido, incluidos el descuido físico, psicológico, mental y emocional; y, por otra lado, también significa el hecho de que todo niño, niña o adolescente, tenga la posibilidad de desarrollarse en forma armoniosa, es decir, que tenga derecho a crecer en un ambiente armonioso y con un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.¹⁷

Asimismo, este principio exige que los Estados adopten activamente, en su sistemas legislativo, administrativo y judicial, medidas para la protección y cuidado del niño, niña o adolescente, aplicando el principio del interés superior de éstos, al evaluar sistemáticamente cómo los derechos y los intereses de la infancia se ven afectados o se verán afectados por las decisiones y medidas que se desarrollen.¹⁸

En el Distrito Federal, la Ley local de los Derechos de las Niñas y Niños, define el principio del interés superior de la niñez, en el marco de las políticas públicas encaminadas a la infancia, de la siguiente manera:

¹⁵ Oficina de las Naciones Unida contra la Droga y el Delito; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Oficina Internacional de los Derechos del Niño. *Manual sobre la justicia en asuntos concernientes a los niños víctimas y testigos de delitos para uso de profesionales y encargados de la formulación de políticas*. 2010. p. 5.

¹⁶ UNICEF, *La Convención en tus manos. Los derechos de la infancia y la adolescencia*, op. cit., pág. 25

¹⁷ Oficina de las Naciones Unida contra la Droga y el Delito; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Oficina Internacional de los Derechos del Niño. *Manual sobre la justicia en asuntos concernientes a los niños víctimas y testigos de delitos para uso de profesionales y encargados de la formulación de políticas*. 2010. p. 5.

¹⁸ Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. Observación General No. 5. sobre Medidas Generales de la Aplicación de la Convención de los Derechos del Niño. 2003, párrafo 13.

Artículo 4.- Son principios rectores en la observancia, interpretación y aplicación de esta Ley, los siguientes:

I. El Interés Superior de las niñas y niños. Este principio implica dar prioridad al bienestar de las niñas y niños ante cualquier otro interés que vaya en su perjuicio.

Este principio orientará la actuación de los Órganos Locales de Gobierno encargados de las acciones de defensa y representación jurídica, provisión, prevención, protección especial y participación de las niñas y niños, y deberá verse reflejado en las siguientes acciones;

- a) En la asignación de recursos públicos para programas sociales relacionados con las niñas y niños;
- b) En la atención a las niñas y niños en los servicios públicos; y
- c) En la formulación y ejecución de políticas públicas relacionadas con las niñas y niños; [...].

A continuación, se desarrollan los derechos que esta Comisión consideró violados en perjuicio de las niñas y niños, una mujer y de sus familiares.

VI.2. Derecho una vida libre de violencia, en relación al derecho de las personas a no ser víctimas de violencia institucional en el ámbito de la salud

El derecho a vivir una vida libre de violencia, permite que las personas puedan vivir exentas de cualquier acto que pueda o tenga como resultado un daño o un sufrimiento físico, sexual o psicológico en su existencia pública o privada.¹⁹

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia,²⁰ es el **uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.** La conducta violenta, se manifiesta, reproduce y presenta, en un contexto de desequilibrio de poder, mismo que se expresa de diversos modos, propagándose en todas las relaciones humanas; una de ellas es la relación **médico y paciente**, produciendo efectos de dominación a partir de ciertas estrategias y tácticas específicas.

Tomando en consideración la anterior definición, desde el ámbito de los derechos humanos, la

¹⁹ Catálogo para la calificación e investigación de violaciones a Derechos Humanos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. 3ª. Edición. México. 2010, pp. 150.

²⁰ Galtun distingue tres tipos de violencia:

Violencia directa: debe entenderse "aquella violencia, física y/o verbal, visible en forma de conductas. Se trata de la violencia más fácilmente visible, incluso para el ojo inexperto o desde el más puro empirismo". Ejemplo de ello son las amenazas, el abuso sexual, la mutilación, etcétera.

Violencia cultural: su función es legitimar la violencia directa y estructural. Es la discriminación (género, grupos étnicos) y todos los argumentos o conductas que justifican, validan y fomentan la violencia directa.

Violencia estructural: es silenciosa, se sustenta a través de la desigualdad de poder, generando oportunidades de vida diferentes. Es invisibilizada y naturalizada. Por ejemplo: la explotación, marginación, la desigualdad y la injusticia social.



violencia institucional, es definida como un **ejercicio de poder arbitrario**, que se encuentra latente en diferentes áreas de las instituciones que involucran servicios públicos, que tiene como principal característica el **daño a la dignidad de las personas, pues constituye** “*actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos [...] así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.*”²¹

La violencia institucional, se hace presente cuando es perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, entendiendo a estos últimos, como “todas las personas facultadas para ejercer elementos de la autoridad del Estado –miembros de los poderes legislativo, ejecutivo y judicial, así como agentes de la ley, funcionarios de seguridad social y salud, guardias carcelarios, funcionarios de los lugares de detención, funcionarios de inmigración y miembros de las fuerzas militares y de seguridad” [...]. Cabe señalar que cada una de estas expresiones afectan, en especial, la vida cotidiana de las mujeres y las niñas, sobre todo de quienes viven en zonas rurales, provocando un conjunto de costos que aquejan no sólo a sus víctimas directas, sino también alimentan el círculo de la pobreza e impiden el desarrollo productivo y desequilibran el desarrollo nacional.²²

En definitiva, la violencia institucional se expresa mediante la criminalización de la víctima en instalaciones de policía o juzgados, la negligencia para investigar las causas detrás de las demandas en los servicios de salud, la repetición traumática de la experiencia de las víctimas en los procesos judiciales, la lentitud y complejidad en los procedimientos administrativos y la impartición de los servicios públicos, y la baja prioridad que éstos tienen en las políticas y presupuestos gubernamentales.²³

a) Derecho de niñas y niños a una vida libre de violencia para niñas y niños

La Convención de los Derechos del Niño, en el artículo 39, establece la obligación de los Estados Parte, para promover la recuperación física y psicológica de toda niña o niño que haya sido víctima de violencia, en un ambiente propicio a la salud, así como el autorespeto y el respeto de las demás personas a su dignidad:

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, hace una alusión al derecho a vivir una vida libre de violencia en el artículo 7.1., al establecer que todo individuo tiene derecho a la libertad y seguridad en su persona.

b) Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia

²¹ Artículo 7º de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal.

²² Coordinación Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Informe: *¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe*. Chile. 2007. P. 59.

²³ *Ibidem*, p. 61.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, *Convención de Belém do Pará*, establece en su artículo 1º, que la violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. El artículo 2º, señala que los actos de violencia pueden ser de tipo físico, sexual o psicológico, e incluyen todos aquellos que ocurren en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y puede ser perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes.

En ese sentido, la Convención Belém do Pará, señala que la violencia contra la mujer es “una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres”²⁴ y reconoce que el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia, incluye el derecho a ser libre de toda forma de discriminación.²⁵ El Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW), por su parte ha declarado que la definición de la discriminación contra la mujer “incluye la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada”²⁶.

El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, implica que el Estado debe tomar las medidas necesarias a fin de procurar el desarrollo integral de las mujeres, previniendo, atendiendo, sancionando y erradicando todo tipo de violencia que se ejerza contra ellas.

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia²⁷, establece diversos tipos de violencia, entre ellos, la violencia institucional contra las mujeres que son “los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.”²⁸

En este sentido, los Estados eliminarán la discriminación contra la mujer en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular, en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el período posterior al parto [ya que] “la salud de la mujer es una cuestión de reconocida importancia cuando se desea promover el bienestar de la mujer”.²⁹ Asimismo, las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer “no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer.”³⁰

Igualmente, pueden constituir una violación de las obligaciones derivadas del principio de igualdad y

²⁴ Convención Blem Do Pará.

²⁵ Corte IDH. Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205. Párrafo 394.

²⁶ Recomendación general 19, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 11º período de sesiones, 1992, U.N. Doc. HRI\GEN\1\Rev.1 at 84 (1994). Párrafo 6.

²⁷ LGAMVLV. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de febrero de 2007. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de enero de 2011.

²⁸ *Ibidem*. Artículo 18.

²⁹ Comité de la CEDAW. Recomendación General Nº 24. *Op. Cit.* Párrafo 2.

³⁰ *Idem*.



no discriminación la falta de medidas positivas para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud materna y todas las características del derecho a la salud como la disponibilidad, aceptabilidad y calidad.³¹

Las barreras para lograr la accesibilidad sin discriminación a los servicios de salud materna, están relacionadas con factores estructurales de los servicios de salud, así como con prácticas y estereotipos. Por ello, es importante tener en cuenta, “que las mujeres han sido sujetas a varias formas de discriminación históricamente, y la obligación de remediar dicha discriminación requiere la integración de la perspectiva de género en el diseño e implementación de las leyes y las políticas públicas que les afecten.”³²

En ese tenor, el deber de los Estados de garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas.³³

En el Distrito Federal, de conformidad con el artículo 3º, fracción IX, de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal,³⁴ la mujer embarazada se encuentra en condición de vulnerabilidad;³⁵ por lo tanto, la Secretaría de Salud, deberá “[e]laborar e instrumentar mecanismos, programas y acciones tendientes a identificar los factores de riesgo que afectan la salud de las mujeres.”³⁶ Asimismo, la mencionada Ley, establece que se deberá proporcionar “atención en salud reproductiva de las mujeres, en especial de aquellas que se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad [...]”³⁷

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, establece que no se deberá de ejercer violencia contra los derechos reproductivos de la mujer, definiendo esta como:

Toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto por la ley para la interrupción legal del embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia [...]”³⁸

En ese sentido, toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es

³¹ Cfr. CIDH. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. *Op. Cit.* Párrafo 39.

³² *Ibidem.* Párrafo 29.

³³ *Ibidem.* Párrafo 84.

³⁴ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 29 de enero de 2008.

³⁵ Esto se establece también en el artículo 9 de la Convención Belém Do Pará.

³⁶ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal. Artículo 18, fracción II.

³⁷ *Ibidem.* Artículo 36, fracción IV.

³⁸ *Ibidem.* Artículo 6, fracción VI.

imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre,³⁹ en el caso de las mujeres embarazadas, esta protección consiste en brindar la atención médica adecuada, que debe contar con los requisitos de aceptabilidad, accesibilidad, calidad y disponibilidad.

El Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, establece como uno de sus objetivos, el derecho a la salud de las mujeres con un enfoque de derechos humanos y de género. El Programa, para la consecución de dicho objetivo, se apoya en varias líneas de acción cuyo cumplimiento está a cargo de la Secretaría de Salud, entre otras.⁴⁰

Por su parte, la Ley de los Derechos de las Niñas y de los Niños en el Distrito Federal, consagra en el artículo 5º, inciso A), fracción III, el derecho que las niñas y los niños tienen derecho a vivir una vida libre de violencia, mientras que en sus artículos 48 y 49, instruye que cuando se tenga conocimiento de un caso donde un niño o una niña hayan sufrido violencia, se debe hacer del conocimiento del Ministerio Público, para que vele por su integridad física y psicológica en atención a su interés superior.

Por su parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico,⁴¹ establece la obligatoriedad del personal de salud de proporcionar a las personas un trato digno y respetuoso, y a otorgar información suficiente, clara, oportuna y veraz, lo anterior, implica la obligación del médico tratante de brindar información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento para el paciente en forma oportuna, clara y comprensible, con la finalidad de que se tenga conocimiento de la condición de salud del mismo.

A continuación, se enumeran los casos relacionados con la violación al derecho humano a una vida libre de violencia.

VI.2.1. Caso C. Expediente CDHDF/III/122/MHGO/12/D6269.

Este caso se vincula con la violación al derecho a no ser víctima de violencia, en virtud de que el 17 de enero de 2012, la madre de la niña agraviada C, acudió al Hospital Pediátrico de Tacubaya, por estar afiliada al Seguro Popular,⁴² para atención de su menor hija (era su primer consulta en ese nosocomio, luego de ser referida del Centro de Salud DIF Huixquilucan)⁴³, pero un médico, diagnóstico *adenitis retroauricular izquierda de larga evolución*, determinando solicitar interconsulta a cirugía pediátrica, la cual se le brindó hasta el 29 de febrero de 2012, durante esta consulta, la madre de la niña, preguntó al médico tratante, acerca de que si la condición de salud de su hija no se relacionaba con cáncer, la respuesta a tal cuestionamiento fue *¿quién sabe más, usted o yo, usted que es una señora de casa o yo?*,⁴⁴ diagnosticándole por su sintomatología un cuadro infeccioso y citándola ocho meses después.⁴⁵

³⁹ Cfr. Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. *Op. Cit.* Párrafo 103.

⁴⁰ PDHDF. Líneas de acción 1376 a1387.

⁴¹ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.

⁴² Anexo V. Caso C, evidencia 15.

⁴³ Anexo V. Caso C, evidencia 16.

⁴⁴ Anexo V. Caso C, evidencia 19.

⁴⁵ Anexo V. Caso C, evidencia 17.

Personal de atención psicosocial de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en la valoración de impactos psicosociales, indica que dicha expresión, así como la fecha tardía de revisión por un especialista, afectó la situación emocional de los padres de la niña, quienes ante la necesidad de buscar una atención adecuada y especializada, acudieron a diversos hospitales, entre ellos, el Hospital Pediátrico de Tacubaya, donde la madre de la niña agraviada C, recibió un trato diferenciado y discriminatorio, realizando a la par valoraciones médicas superficiales⁴⁶, lo cual, ocasionó a los padres enojo e impotencia, ya que a pesar de que tenían la sospecha de que su hija presentaba una enfermedad de tipo oncológica, no se atendió su inquietud, la cual fue corroborada con posterioridad al habersele diagnosticado tal padecimiento a la paciente en el IMSS, donde falleció.

VI.2.2. Caso E. Expediente CDHDF/III/122/CUAUH/12/D1694.

El presente caso, se vincula con la violación al derecho a una vida libre de violencia, en razón de las expresiones que realizaron personal de salud del Hospital Pediátrico de Peralvillo, así como en la imposición del deber de cuidado de la paciente, las que repercutieron en un trato inadecuado para la madre de la niña agraviada E, en virtud de lo siguiente:

Una enfermera, informó que cuando se encontraba la persona peticionaria en ese nosocomio alimentando a su hija, la cuestionó si sabía manejar la venoclisis para que bañara a la niña agraviada E, respondiendo la señora que no sabía, a lo que dicha servidora pública expresó “cómo va a bañar a su bebito si no sabe manejarlo”⁴⁷.

En la diversa información que se proporcionó a este Organismo, se responsabiliza a la persona peticionaria de los hechos ocurridos en agravio de su menor hija, no obstante que la misma se encontraba a cargo de la atención del personal de salud del referido nosocomio⁴⁸, quienes además comunicaron que la persona peticionaria era una persona que no mostraba gran interés e indiferente ante el cuidado de la niña agraviada E, sobre todo al momento de bañarla; así como también la calificaron como una persona ausente en el momento en que se dieron cuenta que se había lastimado el cuerpo de su hija.⁴⁹

Todas estas conductas y apreciaciones, generaron violencia contra la madre de la niña, toda vez que el personal responsable de esta acción buscó evadir su responsabilidad criticando y desvirtuando su calidad como madre responsable.

VI.2.3. Caso F. Expediente CDHDF/III/121/COY/12/D1637

⁴⁶ Anexo V. Caso C, evidencia 18.

⁴⁷ Anexo V. Caso E, evidencia 26.

⁴⁸ El Consejo Internacional de Enfermería, del cual México forma parte, refiere: La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes, los sistemas de salud, y la formación. Consejo Internacional de Enfermería, La definición de Enfermería, publicado en <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>.

⁴⁹ Anexo V. Caso E, evidencia 25.

En este caso, la violación al derecho a una vida libre de violencia se tiene acreditada por este Organismo en agravio de los padres del niño agraviado F, a quienes no les informaron adecuadamente el por qué de las tres intervenciones quirúrgicas que le realizaron, así como por comentarios inadecuados que les fueron externados por personal de salud del Hospital Pediátrico Coyoacán, a donde fue ingresado su hijo. Al respecto, el padre y la madre del niño precisaron que en una reunión, el propio Director de ese nosocomio en forma burlona preguntó al padre del niño: *¿oiga usted cree en Dios?*, respondiendo *“sí, ¿por qué?”* y le dijo: *“pues le voy a decir una cosa, pues ni modo, ustedes ganaron en la lotería de la mala suerte, así les tocó, de los accidentes que pasan dentro de un hospital, de un 100% nosotros tuvimos la mala suerte “jugaron la lotería de la mala suerte y ganaron, pues pídale mucho a Dios que su hijo se salve”*.⁵⁰

Dichos comentarios, manifestaron el padre y la madre del niño agraviado F, les generaron coraje y dolor. Adicionalmente, al momento del fallecimiento del niño, su cuerpo fue llevado a un lugar donde había cosas almacenadas afectando con dicho actuar, su dignidad por el trato recibido.⁵¹

VI.2.4. Caso I. Expediente CDHDF/III/122/MHGO/11/D2648.

En el presente caso, se identifica que existe violencia, pues el 25 de abril de 2011, luego de que la niña agraviada I resultara lesionada en un accidente de tránsito, fue llevada para a su atención al Hospital Pediátrico de Legaria⁵², donde se dio información inadecuada a sus familiares, indicándoles que se encontraba en “buenas condiciones”, pero que sería referida a otro hospital para observación, por lo que, fue trasladada al Hospital General La Villa, donde se diagnosticó su condición de salud como grave, pero no se tenía personal en cirugía pediátrica,⁵³ motivo por el cual, la refirieron al Hospital Pediátrico de Moctezuma, donde falleció.

En ese contexto, se encuentra acreditada la violencia referida y se corrobora además que personal médico del Hospital Pediátrico Legaria, comunicó que no sabía si se mantuvo o no informados a los familiares sobre la atención médica y el diagnóstico de la niña agraviada.⁵⁴

VI.2.5. Caso M. Expediente CDHDF/III/122/AO/10/D8852

En el presente caso, se evidencia más la violencia institucional, tanto para el padre y la madre del niño agraviado M, como para éste mismo. Se cuenta con evidencia del trato deshumanizado del que fue víctima la persona peticionaria por parte del personal de salud de los hospitales *Dr. Enrique Cabrera* y *Materno Infantil Cuajimalpa*, nosocomios donde la persona peticionaria no recibió atención para atender su parto, así como en el Hospital *Dr. Gregorio Salas* donde además de recibir una atención médica negligente tanto ella como su hijo recién nacido, se le violentó al informársele desde que ingresó a ese nosocomio que su hijo moriría información que también se proporcionó al padre del niño agraviado, a quien incluso se le expidió el certificado médico de defunción de su hijo⁵⁵.

⁵⁰ Anexo V. Caso F, evidencia 35.

⁵¹ Anexo V. Caso F, evidencia 35.

⁵² Anexo V. Caso I, evidencia 51.

⁵³ Anexo V. Caso I, evidencia 54.

⁵⁴ Anexo V. Caso I, evidencia 52.

⁵⁵ Anexo V. Caso M, evidencias 88, 89 y 104.



El 5 de diciembre de 2010, la persona peticionaria, quien estaba en estado de gravidez, presentó la salida de líquido amniótico, por lo que, acudió para atención médica al Hospital General *Dr. Enrique Cabrera*, lugar donde no le brindaron ese servicio porque no había personal especializado en gineco obstetricia⁵⁶, desde ese momento se iniciaron los actos trato deshumanizado de los que fue víctima. En ese nosocomio, le hicieron el tacto, aunque no quisieron internarla porque no había quien se hiciera responsable del trabajo de parto, dándole finalmente un pañal porque todavía le salía líquido.⁵⁷

Por su parte, el esposo de la persona agraviada, señaló que en el Hospital General *Dr. Enrique Cabrera*, les dijeron que independientemente de que se quedaran o no en ese hospital, no se harían responsables de nada.⁵⁸

Independientemente de las versiones acerca de los hechos, el personal de salud del Hospital General *Dr. Enrique Cabrera*, tenía la obligación de haber referenciado a la paciente y su familiar a otro nosocomio de la red hospitalaria del Distrito Federal, donde pudiera ser atendida.

Nuevamente se vuelve a presentar un trato deshumanizado cuando acuden al Hospital Materno Infantil Cuajimalpa, lugar donde refieren los padres del niño agraviado M, que originalmente una doctora les informó que a la persona peticionaria no le pasaba nada, pero al mencionarle que ya se le había salido el líquido amniótico, dicha médica les señaló la necesidad de realizar un ultrasonido, sin poderlo llevar a cabo en ese lugar por la falta de equipo, y tampoco fueron referidos a otro nosocomio.⁵⁹ De esta información en éste hospital no se tiene registro, no obstante la persona peticionaria exhibió durante la investigación de la queja una nota médica que se le expidió n dicho nosocomio que acredita que sí acudió a ese hospital y no se le proporcionó la atención que requería.⁶⁰

Finalmente, el 5 de diciembre de 2010, después de más de cinco horas, la persona peticionaria fue ingresada en el Hospital General *Dr. Gregorio Salas*; el trato deshumanizado se hace presente una vez más desde el momento en que tanto a ella como a su esposo, se les informan que se tenía que esperar a que le dieran los dolores o el bebé se le muriera en el interior de su cuerpo. Es importante precisar, que fue ingresada a la sala de visita y fue hasta el día siguiente que se dio el inicio de la atención, no obstante, no se le asiste en el trabajo de parto, con todo y que se había clasificado que su situación no era propiamente una labor de parto, sino específicamente un aborto,⁶¹ ya que se le decía que por el tiempo de gestación que tenía y lo pequeño del producto éste no viviría.

En este esquema, la peticionaria refiere que al ser internada en el hospital Gregorio Salas, recibió un trato cordial por parte de médicos y enfermeras, pero al siguiente cambio de turno, el cual inició desde las 19:00 horas, ocurrieron los siguientes incidentes:⁶²

⁵⁶ Anexo V. Caso M, evidencia 106.

⁵⁷ Anexo V. Caso M, evidencias 88, 89 y 104.

⁵⁸ Anexo V. Caso M, evidencia 89.

⁵⁹ Íbidem.

⁶⁰ Anexo V. Caso M, evidencias 104 y 106.

⁶¹ Anexo V. Caso M, evidencias 88 y 89.

⁶² Anexo V. Caso M, evidencia 89.



1. Cuando la persona agraviada le pedía un cómodo a una de las enfermeras, esta servidora pública se molestaba.
2. A partir de la 1:00 horas del día 7 de diciembre, los dolores aumentaron cada vez más, pero solamente se acercaban a ella para monitorear los latidos del feto, diciéndole que de todas maneras, el bebé se iba a morir.
3. Cuando veía que las otras mamás ya estaban a punto de parir, se las llevaban a otra área, pero cuando preguntó si se iba a "aliviar", en ese mismo espacio, le dijeron que ahí se iba a quedar, lo cual ocurrió.
4. También observó que a partir de la 01:00 horas del día 7 de diciembre de 2010, dos médicas fueron al área donde ella se encontraba para dormir en dos camas que se encontraban en ese lugar, ella gritaba para que la atendieran pero la doctora, le dijo "ay, señora, no grite", la persona peticionaria le respondió que ya no iba a gritar, pero quería ver si la podían atender, sin recibir respuesta alguna.
5. Después de expulsar al bebé la persona peticionaria tuvo que gritar llamando a la médica, quien visiblemente molesta acudió y le dijo: "¡ah, ya salió!"
6. Señaló la persona peticionaria que una vez cortado el cordón umbilical, al bebé se le colocó en una bolsa amarilla que se depositó en una cubeta, lo cual le hizo pensar a la madre si era así como se trataba a los bebés fallecidos.

Este hecho fue corroborado con el testimonio de las enfermeras, quienes informan que el niño agraviado estuvo en una bolsa de plástico gruesa de color amarillo en el interior de una cubeta de patada donde se le depositó.⁶³ Una de las enfermeras, inclusive testificó que antes de amortajar al bebé se percató que éste tenía movimientos esporádicos, lo cual informó a la médica tratante, quien dijo: *pues sí porque sólo había que esperar, que no era un producto viable*. El bebé fue amortajado y se le declaró muerto a las 03:25 horas del 7 de diciembre de 2010, expidiéndosele al padre el certificado médico de su defunción.⁶⁴

7. Aunque la doctora, le dijo a la persona peticionaria que se le iba a realizar un legrado, el mismo se llevó a cabo hasta el día siguiente por instrucciones de dicha médica.

8. Posterior a que se llevaron al bebé de ese lugar, observó a la doctora que estaba nerviosa, pero en ningún momento se le informó qué había pasado con su bebé, ni mucho menos que estaba vivo. Eso lo supo hasta que vio a su cónyuge, a quien tampoco se le informó sobre el hecho de que su bebé seguía vivo, lo cual ocurrió en la mañana del día 7 de diciembre de 2010.⁶⁵

Aunque no hay un testimonio que corrobore los dichos y actitudes que menciona la persona agraviada, que ocurrieron en la madrugada y en la mañana del día 7 de diciembre, hay claros indicios de su certeza, por el testimonio de las enfermeras en el sentido de que no mencionan nada

⁶³ Anexo V. Caso M., evidencia 98.

⁶⁴ Anexo V. Caso M, evidencia 98.

⁶⁵ Anexo V. Caso M, evidencias 88, 89 y 104.

acerca de haber atendido a la persona agraviada antes de que expulsara al bebé, y porque una enfermera, confirmó que la madre expulsó a su bebé en el área de labor.⁶⁶

Si a estos hechos sumamos que las notas médicas reportan un espacio de 5 horas en que no se atendió al recién nacido; que el legrado no se llevó a cabo sino 7 horas y media después; y que existen testimonios en el sentido de que la doctora, sabía que el bebé estaba vivo, y que en lugar de atenderlo, respondía que ya nada se podía hacer por él⁶⁷; se acredita la existencia de una conducta discriminatoria y violenta hacia la persona peticionaria y su bebé, desde su ingreso a ese nosocomio, conductas que en algún momento pudieron haber provocado la muerte tanto del bebé recién nacido, como a la madre agraviada.

Es importante hacer mención, que el trato deshumanizado no terminó cuando se atendió al bebé y después se le canalizó al hospital Pediátrico Tacubaya. Ante la gravedad de la situación, se iniciaron procedimientos penales y administrativos. Sin embargo, el Ministerio Público, de la Fiscalía para la Investigación de los Delitos cometidos por Servidores Públicos, de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, determinó el No ejercicio de la Acción Penal, debido a que la doctora, llegó a un acuerdo con la madre, para brindarle apoyo económico para su hijo; pero en fecha posterior, la peticionaria y madre del niño, acudió para señalar que no pudo inscribir a su hijo en la guardería por falta de apoyo económico, toda vez que la doctora, ya no le depositó las mensualidades acordadas en el convenio.⁶⁸

Por consecuencia, la persona peticionaria y su hijo son revictimizados, toda vez que ante las reiteradas negativas de atención médica para ambos, así como el trato vejatorio y discriminatorio, se agregó una falsa promesa de reparar el daño para que la servidora pública responsable y representante del agravio generado por la autoridad, pudiera permanecer impune.

VI.2.6. Caso P. Expediente CDHDF/III/122/VC/10/D0116

El 29 de diciembre de 2009, la persona peticionaria acudió al Hospital Pediátrico de Moctezuma, debido a que su menor hija, de 11 años de edad, presentaba problemas de apéndice. En dicho nosocomio, la niña agraviada fue intervenida quirúrgicamente; al concluir ese procedimiento, un médico-cirujano, *de una forma muy grosera le dijo: "su hija está muy obesa e hizo que la operación fuera complicada"*⁶⁹ por lo que, sufrió un paro cardio respiratorio.

Días después de realizada la cirugía, personal médico del nosocomio, refirió a los padres de la niña agraviada P: "su hija ya no tiene nada que hacer aquí, está ocupando una cama de más, si yo quiero la puedo desconectar", posteriormente, invitó a los familiares a donar los órganos indicándoles que la desconectaría, con motivo de ello, formularon queja ante este Organismo.⁷⁰

Conforme a los estudios de impacto psicosocial que elaboró personal de esta Comisión, la falta de información respecto a las causas que llevaron a la hija de la persona peticionaria a que presentara un derrame cerebral posterior a la operación, así como el trato recibido por parte del personal del

⁶⁶ Anexo V. Caso M, evidencia 98.

⁶⁷ Anexo V. Caso M, evidencia 98.

⁶⁸ Anexo V. Caso M, evidencias 103 y 107.

⁶⁹ Anexo V. Caso P, evidencias 145 y 148.

⁷⁰ Anexo V. Caso P, evidencia 148.

hospital, fue generando a los padres, sentimientos de desesperación e impotencia, lo cual afectó su dignidad. No existió la sensibilidad para comprender el dolor y tristeza que representaba para ellos ver a su hija en esa condición y la esperanza de que pudiera mejorarse.⁷¹

VI.3. Violaciones al derecho a la vida en conexidad con los derechos al más alto nivel posible de salud, y a la supervivencia y al desarrollo.

Los derechos a la salud y a la supervivencia y al desarrollo están interrelacionados con otros derechos como el de la vida, reconocido en diversos instrumentos internacionales que forman parte de la normativa aplicable al Estado mexicano.

El derecho a la vida, se reconoce en el artículo 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y en el artículo 4, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Asimismo, se encuentra consagrado en el artículo 3, de la Declaración Universal de Derechos Humanos y en el artículo 1, de la Declaración Americana sobre los Derechos y Deberes del Hombre. Las disposiciones en cita, obligan al Estado a preservar la vida de sus gobernados, no sólo absteniéndose de privar de la vida de manera ilícita, sino tomando todas aquellas acciones y medidas positivas tendientes a garantizarla.

En relación con este derecho, la Corte Interamericana, en su jurisprudencia constante, ha afirmado que “el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido.” Señala también la necesidad de que los Estados adopten las medidas apropiadas para garantizarlo [obligación positiva].

Para la determinación de responsabilidad estatal derivada de la falta de adopción de medidas positivas para la protección del derecho a la vida, la Corte Interamericana ha retomado criterios jurisprudenciales de la Corte Europea de Derechos Humanos, en los que establece lo siguiente:

Para que surja esta obligación positiva, debe acordarse que al momento de los hechos las autoridades sabían o debían saber de la existencia de una situación de riesgo real e inmediato para la vida de un individuo pero no tomaron las medidas necesarias dentro del ámbito de sus atribuciones que, juzgadas razonablemente, podían esperarse para prevenir o evitar ese riesgo⁷².

Por su parte, el derecho a la salud, es un derecho reconocido en diversos instrumentos internacionales, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁷³ [en adelante “PIDESC”] y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador” [en adelante “Protocolo de San Salvador”], los cuales establecen que el derecho a la salud implica el

⁷¹ Anexo V. Caso P, evidencia 148.

⁷² Cfr. Corte IDH. Caso de la Masacre de Pueblo Bello vs Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C. No. 140. Párrafos 123 y 124.

⁷³ Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales [PIDESC]. Suscrito por México el 18 de diciembre de 1980, ratificado el 23 de marzo de 1981, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo de 1981.

disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.⁷⁴ El derecho a la salud, no se limita al derecho a estar sano, sino que impone la obligación a cargo de los Estados de generar condiciones en las cuales todas y todos puedan vivir lo más saludablemente posible.⁷⁵

El Protocolo de San Salvador, con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, exhorta a los Estados Parte a que reconozcan a la salud, como un bien público; así mismo, establece como medidas para garantizar el derecho, al disfrute del más alto nivel posible de salud, entre otras:

- 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;
- b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
[...]
- c. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.⁷⁶

En ese sentido, a nivel regional, el artículo 19, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos señala que la niñez tiene derecho a las medidas de protección que por su condición de menor de edad requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.

Dicha Convención, establece la obligación por parte de los Estados parte, de adoptar medidas para el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales, así como el derecho a la salud, para lograr su plena efectividad.⁷⁷

Por su parte, el PIDESC, establece en su artículo 12, el reconocimiento del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, así mismo, establece la obligación por parte del Estado, de adoptar las medidas necesarias a fin de reducir la mortalidad, la mortalidad infantil y garantizar el sano desarrollo de la niñez.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [en adelante "Comité DESC"], encargado de supervisar el cumplimiento del Pacto, en su Observación General 14, ha establecido que para el desarrollo y cumplimiento del derecho a la salud, es necesario adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, incluida la atención anterior y posterior al parto y los servicios obstétricos de urgencia. Asimismo, en dicha observación general, el Comité ha considerado como elementos indispensables para la atención de la salud los siguientes:

- a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de

⁷⁴ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador". Adoptado en El Salvador, San Salvador el 17 de noviembre de 1988, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1° de septiembre de 1998; artículo 9. PIDESC, artículo 12.

⁷⁵ Cfr. Organización Mundial de la Salud. Disponible en:

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>> Consultada el 9 de enero de 2014.

⁷⁶ Cfr. Protocolo de "San Salvador". Artículo 10.

⁷⁷ Convención Americana sobre Derechos Humanos, suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José, Costa Rica 7 al 22 de noviembre de 1969. Artículo 26. La consecución progresiva de los derechos económicos, sociales y culturales también se encuentra reconocida en el artículo 2.1 del PIDESC.



establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaigan cargas desproporcionadas, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las

comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.⁷⁸

El PIDESC, en su preámbulo indica la obligación de los Estados de adoptar medidas para lograr progresivamente y por los medios apropiados la efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales; la progresividad efectiva implica que los Estados deben adoptar medidas de inmediato para cumplir con sus obligaciones en materia de derechos económicos, sociales y culturales, lo más pronto posible. En ese sentido, incumbe al Estado "demostrar que está realizando progresos apreciables hacia la plena efectividad de los derechos."⁷⁹

El concepto de progresividad, aún y cuando supone que la efectividad de todos los derechos económicos, sociales y culturales, no podrá lograrse en un breve tiempo, impone a los Estados una obligación de proceder lo más expedita y eficazmente posible con miras a lograr ese objetivo. Asimismo, corresponde al Estado una obligación mínima, la de asegurar la satisfacción de por lo menos niveles esenciales de cada uno de los derechos, es decir, que existen acciones de realización inmediata.⁸⁰

Por lo tanto, la progresividad no debe interpretarse en el sentido de privar de contenido a las obligaciones del Estado de respetar, proteger y cumplir, con el derecho a la salud. La realización progresiva significa que el Estado tiene la obligación concreta y constante de avanzar de manera expedita y eficaz hacia la plena realización de ese derecho.⁸¹

Cabe mencionar, que existen otros instrumentos internacionales de organismos especializados⁸² que reconocen en particular los derechos de la niñez, los cuales se definen como derechos que tiene toda persona menor de 18 años a disfrutar de protección legal, cuidados y asistencia especiales, debido a su falta de madurez física y mental, atendiendo en todo momento al interés superior de la niñez.

⁷⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, punto 12.

⁷⁹ Directrices de Maastricht sobre las Violaciones de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Maastricht, 22-26 de enero de 1997. Párrafo 8.

⁸⁰ Cfr. Comité DESC. Observación general N° 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes. (Artículo 11[2] del PIDESC). E/1991/23. 5to. período de sesiones, 1990.

⁸¹ Comité DESC. Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del PIDESC). E/C.12/2000/4. 22º período de sesiones. Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000. Párrafo 31.

⁸² Cfr. Preámbulo 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. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49. Publicada en el D.O.F. el 31 de julio de 1990.



El derecho a la salud, es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en el contexto de la ausencia de afecciones o enfermedades en el cuerpo humano.⁸³ El derecho de las niñas y de los niños a la salud y al más alto nivel de supervivencia, es una prerrogativa de tipo inclusiva que no solo abarca la prevención oportuna y apropiada, así como la promoción de la salud y a los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación, sino también el derecho de las niñas y de los niños a sobrevivir en las mejores condiciones durante sus primeras etapas de la vida, para posteriormente crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud, mediante la ejecución de programas centrados en los factores subyacentes que determinan ese estado máximo de bienestar físico, mental y social.⁸⁴

El Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del niño, interpreta el derecho de las niñas y niños a la salud, como un derecho inclusivo que no solo abarca la prevención oportuna y apropiada de enfermedades, la promoción de la salud y los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación, sino también el derecho de las y los niños a su supervivencia cuando son recién nacidos, para crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel de salud, mediante la ejecución de programas centrados en los factores subyacentes que determinan la salud.⁸⁵

De este modo, se pone de relieve la obligación de los Estados Partes de garantizar la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de las niñas y los niños, en particular las dimensiones físicas, mentales, espirituales y sociales de su desarrollo. Esta obligación, implica que los Estados determinarán sistemáticamente los numerosos riesgos y factores de protección que determinan la vida, la supervivencia, el crecimiento y del desarrollo del niño, para idear y poner en práctica intervenciones de base empírica encaminadas a hacer frente a los diversos determinantes que surgen durante la trayectoria de vida de las personas menores de 18 años de edad.⁸⁶

Tanto el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", en su artículo 10, puntos 1 y 2, como en la Convención de los Derechos del Niño, en sus artículos 6 y 24, ponen de relieve la obligación de los Estados Parte, de garantizar la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño, en particular, las dimensiones físicas, mentales, espirituales y sociales de su desarrollo. En el caso de la supervivencia, se ha promovido a dicho derecho como el indicador del desarrollo infantil por incluir otros factores determinantes de los derechos de la infancia, entre ellos, el de la salud y establecen también cinco criterios prácticos para concretar este derecho en beneficio de la población:

- a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
- b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

⁸³ Prólogo a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aprobada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 22 de julio de 1946.

⁸⁴ Observación General No. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño). P. 1.

⁸⁵ *Ibidem*, pp. 3.

⁸⁶ *Op. Cit.*, p. 4.

- c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
- d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
- e) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

Sobre la interpretación del derecho a la salud, contenido en el artículo 24, de la mencionada Convención, el Comité de los derechos del niño, órgano encargado de supervisar el cumplimiento de las disposiciones de dicho tratado por los Estados partes, emitió la Observación General número 15, en la cual, este Comité considera a la niñez como aquel periodo de crecimiento continuo desde el nacimiento hasta la infancia, a través de la edad pre-escolar hasta la adolescencia. Cada una de estas fases es significativa, ya que se producen importantes cambios en el desarrollo en términos físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Las etapas del desarrollo de las niñas y los niños son acumulativas y cada etapa tiene un impacto en las fases posteriores, influyendo en la salud de ellos, el potencial, los riesgos y las oportunidades. Entender el ciclo de vida es esencial para poder apreciar cómo los problemas de salud en la infancia afectan a la salud pública en general.

En este sentido, dicha Observación General establece lo siguiente:

La Convención reconoce la interdependencia y la igualdad de importancia de los distintos derechos (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) que permiten a todos los niños desarrollar su capacidad mental y física, su personalidad y su talento en la mayor medida posible. El derecho del niño a la salud no solo es importante en sí mismo; la realización del derecho a la salud es indispensable para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención. A su vez, el logro del derecho del niño a la salud depende de la realización de otros muchos derechos enunciados en la Convención.⁸⁷

Por lo tanto, el derecho de los niños y las niñas a la salud contiene un conjunto de libertades y derechos, estos últimos incluyen el acceso a una amplia gama de instalaciones, bienes, servicios y condiciones que ofrezcan igualdad de oportunidades a todos a disfrutar del más alto nivel posible de salud. Los servicios de salud deben ser de calidad, incluida la prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, así mismo el sistema de salud no sólo estará orientado a la salud, sino también debe reportar la información a las autoridades competentes para los casos en que existan violaciones de derechos humanos.

En concordancia con lo anterior, los Estados deben asegurar personal de trabajo debidamente capacitado y suficiente para apoyar los servicios de salud para todos los niños y niñas aunado a una adecuada regulación, supervisión, remuneración, condición de servicio, y establecer mecanismos de rendición de cuentas, para asegurar que los estándares de garantía de calidad se mantengan. Mediante las actividades de desarrollo de la capacidad, debe velarse por que los proveedores de servicios tengan en cuenta las necesidades de los niños y no les nieguen servicios a los que tienen

⁸⁷ Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*, punto 7.

derecho por ley.⁸⁸

Es importante mencionar, que la violación al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de la infancia, trae como consecuencia la violación al derecho a la vida y al derecho a la integridad personal, e impone al Estado un deber general de protección para garantizar ese derecho; por ejemplo, el acceso a los servicios adecuados de salud, es una de las medidas principales para garantizar dicho derecho.⁸⁹

En ese sentido, el Comité de los Derechos del Niño, en su Observación General número 7, sobre la realización de los derechos de las niñas y los niños en la primera infancia, establece los derechos a la vida, a la supervivencia y desarrollo del niño, para lo cual “insta a los Estados Partes a que adopten todas las medidas posibles para reducir la mortalidad infantil y en la niñez, y crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de su vida.”⁹⁰

El Comité además, ha señalado que el derecho a la supervivencia y el desarrollo, sólo pueden realizarse de una forma integral; debiendo los Estados garantizar todos los derechos que dispone la Convención, incluidos “los derechos a la salud, la nutrición adecuada, la seguridad social, un nivel adecuado de vida, un entorno saludable y seguro, la educación y el juego, así como respetando las responsabilidades de los padres y ofreciendo asistencia y servicios de calidad”.⁹¹

Asimismo, la Convención establece en su artículo 19, que los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño y a la niña, contra toda forma de perjuicios o abuso físico o mental, descuido o trato negligente.

En este sentido, tratándose de niños y niñas, existe la necesidad de proporcionarles una protección especial de acuerdo a lo enunciado en la Declaración de los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los artículos 23 y 24), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 10) y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño.⁹²

Asimismo, lo anterior también comprende el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud en relación al derecho a la vida e integridad personal de las niñas y niños con discapacidad. En este sentido la Corte Interamericana ha determinado que los Derechos de la infancia y discapacidad son interdependientes:

De manera previa, la Corte resalta que en el presente caso las alegadas violaciones de derechos consagrados en la Convención Americana se enmarcan en el hecho que [...]

⁸⁸ Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 15: El derecho de los niños a disfrutar del más alto nivel posible de salud (Artículo 24), 2013.

⁸⁹ CIDH. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. *Op. Cit.* Párrafo 39.

⁹⁰ Comité de los Derechos del Niño. Observación General número 7 (2005). Realización de los Derechos del niño en la Primera Infancia. Párrafo 10.

⁹¹ *Idem.*

⁹² Preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño. *Op. Cit.*

era un niño al momento del accidente y que, posteriormente, dicho accidente desencadenó que fuera un adulto con discapacidad. Teniendo en cuenta estos dos hechos, el Tribunal considera que las presuntas vulneraciones deben ser analizadas a la luz: i) del *corpus juris* internacional de protección de los niños y las niñas, y ii) los estándares internacionales sobre la protección y garantía de los derechos de personas con discapacidad. Estos dos marcos jurídicos deberán tenerse en cuenta de manera transversal en el análisis del presente caso.⁹³

Este derecho parte de que si no se garantiza constituye un acto de discriminación por motivos de discapacidad estableciéndose que el Estado en todo momento tiene la obligación de garantizar el derecho a la salud de la persona con discapacidad sin motivos de discriminación, ello con independencia si el actuar o la omisión de actuar del Estado generó la discapacidad. A este respecto la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, la CDPD) establece:

Artículo 4

Obligaciones generales

1. Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Partes se comprometen a:

[...]

h) Proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo, incluidas nuevas tecnologías, así como otras formas de asistencia y servicios e instalaciones de apoyo,

Artículo 25

Salud

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

⁹³ Corte IDH. Caso Furlan y familiares vs. Argentina. Sentencia de 31 de agosto de 2012, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 124.



b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;

c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

Artículo 26

Habilitación y rehabilitación

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:

a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;

b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

[...]

Por su parte la CDPD en su preámbulo f) reconoce la importancia de las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad Asamblea General A/RES/48/96 4 de marzo de 1994 que nos amplía y conforma los conceptos de prevención y rehabilitación en materia de Discapacidad:

Prevención

22. Por prevención se entiende la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzca un deterioro físico, intelectual, psiquiátrico o sensorial (prevención primaria) o a impedir que ese deterioro cause una discapacidad o limitación funcional permanente (prevención secundaria). La prevención puede incluir muchos tipos de acción diferentes, como atención primaria de la salud, puericultura prenatal y posnatal, educación en

materia de nutrición, campañas de vacunación contra enfermedades transmisibles, medidas de lucha contra las enfermedades endémicas, normas y programas de seguridad para la prevención de accidentes en diferentes entornos, incluidas la adaptación de los lugares de trabajo para evitar discapacidades y enfermedades profesionales, y prevención de la discapacidad resultante de la contaminación del medio ambiente u ocasionada por los conflictos armados.

Rehabilitación

23. La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional.

Por su parte la Corte Interamericana en el caso de *Furlan vs Argentina*⁹⁴ ha resaltado la importancia de la rehabilitación oportuna en relación con la integridad de niños y niñas con discapacidad:

[...] la Corte considera relevante recordar que el presente proceso civil por daños y perjuicios involucraba un menor de edad, y posteriormente un adulto, en condición de discapacidad, lo cual implicaba una obligación reforzada de respeto y garantía de sus derechos. Particularmente, respecto a las autoridades judiciales que tuvieron a cargo dicho proceso civil era imprescindible que éstas tuvieran en cuenta las particularidades relacionadas con la condición de vulnerabilidad en la que se encontraba la presunta víctima, pues, además de ser un menor de edad y posteriormente un adulto con discapacidad, contaba con pocos recursos económicos para llevar a cabo una rehabilitación apropiada. Al respecto, la Corte recuerda que “es directo y significativo el vínculo existente entre la discapacidad, por un lado, y la pobreza y la exclusión social, por otro.

Por tanto, si las autoridades judiciales hubieran tenido en cuenta el estado de vulnerabilidad en que se encontraba Sebastián Furlan por las particularidades anteriormente descritas, hubiera sido evidente que el presente caso exigía por parte de las autoridades judiciales una mayor diligencia, pues de la brevedad del proceso dependía el objetivo primordial del proceso judicial, el cual era obtener una indemnización que podía estar destinada a cubrir las deudas que durante años la familia de Sebastián Furlan acumuló para efectos de su rehabilitación y para llevar a cabo terapias necesarias tendientes a atenuar los efectos negativos del paso del tiempo. Asimismo, la Corte observa que a pesar de la concordancia entre los dos peritajes médicos respecto a la necesidad de tratamiento urgente de Sebastián Furlan, el juez de la causa omitió adoptar medidas oportunas para garantizar un debido acceso a la rehabilitación.

[...]

⁹⁴ Corte IDH. Caso *Furlan y familiares vs. Argentina* Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas del 31 de agosto de 2012, párrafos 201, 202 y 254.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en quinto párrafo establece:

“Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

La SCJN ha establecido criterios sobre derechos de personas con discapacidad y el derecho a la no discriminación, a través de la Primera Sala ha establecido que la discapacidad debe analizarse a la luz del principio de igualdad y no discriminación.⁹⁵ Derivado de la reforma al artículo Primero constitucional el analizar la discapacidad a la luz del principio de no discriminación implica analizar la discapacidad desde los estándares establecidos la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que consagra el modelo social de la discapacidad; abandonado el modelo médico o individual de la discapacidad.⁹⁶

Por otra parte, dentro del derecho a la salud, se encuentra el rubro del Consentimiento Informado, el cual posee una doble dimensión: es una obligación para quienes pretendan realizar cualquier tipo de procedimientos en seres humanos, y es un derecho para las personas que se someten a los mismos.

Como derecho, le permite a la persona (paciente) tomar decisiones que pueden ser relevantes en la evolución de su padecimiento, para aceptar o no el tratamiento o intervención quirúrgica, con todas las prerrogativas que esto implica, ya que puede cambiar el rumbo de su vida.⁹⁷ Por esa razón, se afirma que el Consentimiento Informado es un derecho, que a su vez está integrado por: (i) el derecho a tomar autónoma y libremente una decisión (consentimiento); y (ii) el derecho a contar con los elementos necesarios para poder tomar esa decisión (información).

Aunado a lo anterior, el Relator Especial de Naciones Unidas sobre el Derecho de toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel posible de Salud Física y Mental, señala que el Consentimiento Informado en la salud incluye, entre otras cuestiones, la práctica clínica, la salud pública y la investigación médica, y en general, el respeto, la protección y la realización del derecho a la salud. En él, se consideran la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la información en materia de salud como elementos fundamentales de ese derecho, que se define como "derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud".⁹⁸

En el ordenamiento jurídico mexicano, el Consentimiento Informado también está reconocido como un derecho y como una obligación, a través de diferentes normas de aplicación nacional.

⁹⁵ SCJN Tesis: 1a. V/2013 (10a.) Décima Época Instancia: Primera Sala DISCAPACIDAD. EL ANÁLISIS DE LAS DISPOSICIONES EN LA MATERIA DEBE REALIZARSE A LA LUZ DE LOS PRINCIPIOS DE IGUALDAD Y DE NO DISCRIMINACIÓN Amparo en revisión 410/2012.

⁹⁶ SCJN Tesis: 1a. VI/2013 (10a.) Décima Época Instancia: Primera Sala DISCAPACIDAD. SU ANÁLISIS JURÍDICO A LA LUZ DEL MODELO SOCIAL CONSAGRADO EN LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Amparo en revisión 410/2012.

⁹⁷ Francisco P. Navarro-Reynoso, Miguel Argüelles-Mier y Raúl Cicero-Sabido, *op. cit.*, pág. 242.

⁹⁸ Naciones Unidas, *Estudio temático (...) op. cit.*, párr. 61.



En primer lugar, la Ley General de Salud, establece que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, tendrán el derecho a otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos,⁹⁹ y que los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel, tendrán la obligación de proporcionar toda la información que el paciente requiera, así como la que el médico considere necesaria para que el enfermo pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados.¹⁰⁰

En segundo lugar, la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA1-168 de 1998, que establece los *criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico*, menciona que el documento donde conste el consentimiento informado, deberá ser parte del expediente clínico y que las situaciones en las que se requiere constancia por escrito del consentimiento informado, son las siguientes:

- Hospitalización en pacientes psiquiátricos por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros;
- Intervención quirúrgica;
- Procedimientos para el control de fertilidad;
- Participación en protocolos de investigación;
- Procedimientos de diagnóstico o terapéuticos, que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales;
- Procedimientos invasivos;
- Procedimientos que produzcan dolos físico o emocional; y
- Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

Lo anterior, permite afirmar que además de lo señalado internacionalmente, es absolutamente obligatorio realizar el procedimiento de Consentimiento Informado, para todas aquellas personas que sean sometidas a una intervención quirúrgica, o cualquier tipo de manipulación a su organismo.

Por otra parte, el artículo 4º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, siendo la Ley, la que definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. En ese mismo artículo, se consagra el derecho a la supervivencia y al desarrollo de las niñas y de los niños, en el marco del interés superior de la niñez, al instruir lo siguiente:

[...]

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

[...]

La Ley de Salud del Distrito Federal, en su artículo 2º, define al derecho a la salud bajo el término

⁹⁹ Artículo 77 bis 37, fracción IX.

¹⁰⁰ Artículo 166 Bis. 15, fracción I.



“protección a la salud”, cuando señala que “los habitantes del Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquiera otro, tienen derecho a la protección a la salud. El Gobierno del Distrito Federal, las dependencias y entidades federales, en el ámbito de sus respectivas competencias, tiene la obligación de cumplir este derecho”.

La Ley de los Derechos de las Niñas y de los Niños en el Distrito Federal, consagra el derecho a la salud y a la supervivencia en el artículo 5º, inciso C, al establecer que deberán tener acceso a los servicios médicos integrales necesarios que redundan en la prevención de factores que inhiban a su desarrollo:

[...]

De manera enunciativa, más no limitativa, conforme a la presente Ley, las niñas y niños en el Distrito Federal tienen los siguientes derechos:

[...].

C) A la salud y a la alimentación:

[...];

II. A tener acceso a los servicios médicos necesarios, para la prevención, tratamiento, atención y rehabilitación de discapacidades y enfermedades, de acuerdo con las bases y modalidades que establecen las disposiciones jurídicas de la materia;

[...];

V. A la salud y a los servicios integrales para la prevención, el tratamiento de enfermedades, su atención y rehabilitación; y

[...].”

Mientras que el artículo 20, de la Ley en comento, establece las obligaciones de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, para garantizar el derecho a la salud de las niñas y de los niños, mismo que abarca aspectos como su derecho a la supervivencia y al desarrollo, incluyendo programas de salud encaminados a personas menores de 18 años de edad en desventaja social:

[...] Corresponde a la Secretaría de Salud del Distrito Federal en relación con las niñas y niños:

I. Realizar las acciones necesarias de prevención y provisión, para garantizar la salud;

II. Concertar convenios con instituciones públicas y privadas, federales o estatales, para la prestación de servicios gratuitos a niñas y niños en condiciones de desventaja social, maltratados, víctimas de delitos, con discapacidad, con enfermedades terminales o niñas embarazadas, en cuanto a la hospitalización, tratamiento y rehabilitación;

III. Garantizar que su hospitalización se haga con respeto a sus derechos;

IV. Participar en los programas de políticas compensatorias para niñas y niños en condiciones de desventaja social garantizándoles el acceso a los Centros de Salud y hospitalarios para que reciban los servicios que requieran de forma prioritaria;

[...]

XIV. Las demás que le confieran la Ley de Salud para el Distrito Federal y otros



ordenamientos jurídicos”.

Por otra parte, la Ley del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, señala en el artículo 8, que “corresponde a las instancias ejecutoras de conformidad con sus facultades y competencias legales, analizar e implementar las líneas de acción que les atañen relacionadas con el Programa.”¹⁰¹

En dicho Programa, se aborda el derecho a la salud desde sus diversos elementos como la disponibilidad, la calidad, la asequibilidad y accesibilidad. Sobre la disponibilidad, se establece como objetivo específico el contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención a la salud que cuenten con condiciones sanitarias adecuadas, con personal médico, profesional capacitado y bien remunerado, con los equipos médicos y medicamentos esenciales necesarios.

Respecto a lo anterior, se establecen entre otras, las siguientes líneas de acción:

1184. Hacer un diagnóstico de necesidades sobre cuya base se defina contratar al personal de salud (administrativo, técnico, médico, de enfermería) suficiente para cada uno de los centros de salud y hospitales de la Red que permitan cubrir los distintos turnos y mejorar la calidad de la atención, respetando los derechos humanos laborales del personal de salud.

1194. Definir e implementar un plan de acción e inversión para el mantenimiento y modernización del equipo y material médico. Procurar la introducción de tecnología de punta con base en un diagnóstico de necesidades por hospital considerando los indicadores de vida útil y tiempo de sustitución del equipo.

Sobre el elemento de Calidad y Aceptabilidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud, se plantea como objetivo específico el garantizar que sean de buena calidad, aceptables desde la perspectiva de la diversidad cultural, y apropiados desde el punto de vista científico y médico. Para lograr dicho objetivo y para los casos a desarrollar en esta Recomendación, las siguientes líneas de acción son relevantes:

1262. Desarrollar y/o mejorar los indicadores cuantitativos y cualitativos para medir el tiempo de espera, la calidad y oportunidad de la atención, la organización de los servicios, la satisfacción de las y los usuarios de los servicios de salud y el desempeño del personal de salud. Retomar los indicadores desarrollados a nivel federal y definir nuevos.

1281. Incluir en la Ley de Salud para el Distrito Federal un capítulo específico que establezca un catálogo normativo de los derechos humanos de las y los usuarios de los servicios de salud y la responsabilidad médica en el servicio de salud, conforme a los estándares internacionales en la materia.

1288. Modificar los formatos de consentimiento informado a fin de que en ellos se indique con claridad el tratamiento al que aceptó someterse la persona con sus

¹⁰¹ Ley del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 30 de mayo de 2011.


posibles riesgos y consecuencias y adecuarlos a las condiciones de los pacientes. Asegurar la disponibilidad de formatos adecuados a las condiciones de los pacientes o en su caso, asegurar que en caso necesario las y los pacientes que lo requieran puedan contar con intérprete de Lengua de Señas Mexicana o de lenguas indígenas.

1289. Capacitar al personal médico y vigilar permanentemente el cabal cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSAI-1998 sobre la integración del expediente clínico. Aplicar sanciones cuando se detecte su incumplimiento.

A continuación, se enumeran los casos en los que se presentó la violación al derecho humano a la vida, en conexidad con los derechos al más alto nivel posible de salud, y a la supervivencia y al desarrollo de niños y niñas que solicitaron los servicios de salud, en diversos centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal:

VI.3.1. Caso A. Expediente CDHDF/III121/MHGO/13/D4413.

De los elementos de prueba obtenidos en la investigación que realizó esta Comisión, se tiene acreditado que el 28 de junio de 2013, la persona peticionaria Sandra López López, llevó al Hospital Pediátrico Legaria, a su hijo de 3 años 8 meses de edad, para atención por una urgencia médica. En dicho lugar, como ella misma lo refiere, una enfermera no le brindó el servicio de forma adecuada y oportuna, esto se evidencia ya que en el informe que rindió el Director del Hospital Pediátrico Legaria, indicó que *La fuente de información de la atención es la hoja "Triage" en la que se registran las acciones del servicio en relación con el diagnóstico y plan terapéutico en urgencias. Una hoja de "Triage" a nombre del [niño] no fue localizada en esta unidad hospitalaria, lo que permite colegir que la peticionaria no recibió atención médica, o sólo fue registrada para "Triage", sin pasar con el médico operativo del servicio.*¹⁰² Dicha negativa, obligó a la persona peticionaria (con el fin de que se restableciera la salud su menor hijo), a acudir al Hospital de la *Divina Providencia Felipe Santiago, A.C.*, donde el niño agraviado fue diagnosticado con un cuadro de apendicitis, por lo cual, fue intervenido quirúrgicamente de urgencia.¹⁰³

 En este sentido, la persona peticionaria tuvo que erogar el pago de más de \$20,000 (Veinte Mil Pesos 00/100 M.N.), por los servicios de salud (gastos de estudios de laboratorio, intervención quirúrgica, hospitalización y demás),¹⁰⁴ ante la omisión de prestarle el servicio que requería de manera oportuna y adecuada por parte de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en particular en el Hospital Pediátrico Legaria.

Es importante precisar que este Organismo, independiente a la acción del Director del Hospital Pediátrico, de instruir mediante la Circular número 05/2014 -en la cual se hace un llamado al personal de ese nosocomio, para hacer cumplir la política institucional de "Cero Rechazo", que permita seguir otorgando los servicios médicos a las personas que así lo soliciten-¹⁰⁵, a fin de identificar a la servidora pública vinculada con los hechos, se acudió al referido hospital en compañía de la persona peticionaria, sin embargo, no existió la disposición del Director para que se

¹⁰² Anexo V. Caso A, evidencia 2.

¹⁰³ Anexo V. Caso A, evidencia 1.

¹⁰⁴ Anexo V. Caso A, evidencias 5 y 7.

¹⁰⁵ Anexo V. Caso A, evidencia 6.

llevara a cabo la diligencia respectiva por parte de este Organismo¹⁰⁶ en ejercicio de las atribuciones que se tienen, argumentando: “tengo que cuidar al cien por ciento los derechos de los trabajadores de mi institución”.¹⁰⁷

La anterior diligencia, como ya se mencionó se pretendió desahogar en atención a las atribuciones que tiene este Organismo Público Autónomo, conforme a su Ley y Reglamento Interno, lo cual, no implica que se violaran derechos de terceros, la finalidad era tener certeza y el esclarecimiento de los hechos, solicitando, de ser posible, una disculpa que ayudara a disminuir el sentimiento de agravio experimentado por la peticionaria.

Asimismo, es pertinente precisar que en el caso particular se omitió atender lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, por parte del personal de enfermería que recibió al niño agraviado A, ya que no requisitó debidamente los formatos para la debida integración del expediente clínico, lo que hubiera permitido conocer a detalle la atención que se brindó desde que se presentó en el Hospital Pediátrico Legaria, incurriendo de esa forma, en la violación al derecho a la vida del niño agraviado A, correlacionado con el derecho al más alto nivel posible de salud, al haber puesto en riesgo su supervivencia.

VI.3.2. Caso B. Expediente CDHDF/III/121/AZCAP/13/N0778

En el presente caso, el día 4 de mayo de 2012, la peticionaria llevó a su hija de 11 años de edad, al Hospital Pediátrico de Azcapotzalco, ya que presentaba un fuerte dolor en la pierna derecha. En ese lugar, le informaron que tenía infección en vías urinarias. Sin embargo, les replicó que era apendicitis, lo cual fue confirmado mediante los estudios correspondientes. No obstante ello, el médico que atendió a su hija, le manifestó que no tenía quirófanos y que buscara por sus propios medios, en el seguro social o con particulares, para que la atendieran.¹⁰⁸

En el caso particular la persona peticionaria, acreditó no ser derecho habiente pero si estaba afiliada al seguro popular,¹⁰⁹ motivo por el cual llevó a su hija al Hospital Pediátrico de Azcapotzalco.

El hecho de que en el Hospital Pediátrico Azcapotzalco, hubo inicialmente un desacuerdo con la peticionaria sobre el problema de salud que padecía la niña, se encuentra en el oficio de fecha 5 de marzo de 2013, enviado a este Organismo, por parte del entonces Director de dicho nosocomio,¹¹⁰ en el cual se admite que se hicieron exámenes de laboratorio, porque se tenía el diagnóstico inicial de que se trataba de una infección en las vías urinarias.

Atendiendo a los principios de la lógica y de la experiencia, se entiende que era necesario realizar los exámenes de laboratorio para confirmar la naturaleza del padecimiento; sin embargo, del análisis que se realizó por parte del personal médico de este Organismo al expediente clínico, se observó que en el interrogatorio realizado a la niña, no se describe cuál fue la evolución del dolor,

¹⁰⁶ Anexo V. Caso A, evidencias 3 y 4.

¹⁰⁷ Anexo V. Caso A, evidencia 4.

¹⁰⁸ Ver presentación del caso “B”.

¹⁰⁹ Anexo V. Caso B, evidencia 10.

¹¹⁰ Anexo V. Caso B, evidencia 11.

así como su localización, irradiación, carácter, intensidad y atenuantes o agravantes. En la exploración física, se documentó un signo clínico de apendicitis y otro signo negativo de irritación peritoneal; sin embargo, no se hace constar si se exploró intencionalmente otros signos apendiculares o de abdomen agudo.¹¹¹

Por lo anterior, se detectó que la exploración física realizada a la niña y la integración de su historial clínico, fueron incompletas y no apegadas a lo establecido en la literatura médica, lo que trae como consecuencia, una valoración clínica incompleta sobre el padecimiento de la niña agraviada.¹¹²

Lo anterior se agrava, cuando en el mismo oficio de fecha 5 de marzo de 2013, se informa a este Organismo, el hecho de que antes de obtener el resultado de las pruebas de laboratorio, se le informó a la madre de la niña, que si el problema de salud de su hija era de índole quirúrgico, no podía ser intervenida en esa unidad debido a que el quirófano se encontraba en remodelación.¹¹³

Este hecho se confirma con otro oficio de fecha 14 de junio, también suscrito por el entonces Director del Hospital Pediátrico de Azcapotzalco, en cual, señaló que del 17 de abril al 16 de julio de 2012, fueron remodelados los quirófanos del hospital, por lo que, los padecimientos quirúrgicos fueron referidos a los diferentes hospitales pediátricos de la Red, que contarán con el servicio de cirugía pediátrica.¹¹⁴ Sin embargo, cuando el personal médico acude nuevamente con la niña, para revalorarla, se percatan que tanto ella como su familiar, ya no se encuentran en el servicio.

Sobre el hecho de que ya no hayan encontrado a la niña agraviada, no es de menor importancia señalar, que se desconoce cómo una paciente menor de edad, la cual se encuentra en observación médica, se vaya por sus propios medios del área donde se encuentra hospitalizada, sin que exista indicación médica de egreso hospitalario, ni de alta voluntaria, ya que de manera independiente a la imposibilidad material de realizarle una cirugía, estaban pendientes los estudios de laboratorio para brindar certeza a la probabilidad diagnóstica, por ello, era necesario mantenerla bajo estrecha observación médica para evitar complicaciones en su salud, y en su momento, cuando se confirmara la apendicitis, pudiera ser canalizada a otro hospital pediátrico, por lo que, no se entiende como se encontraba sin esa vigilancia médica, sólo esperando resultados.¹¹⁵

Conforme al dicho de la peticionaria, posterior a que acudió al Hospital Pediátrico Azcapotzalco, tuvo que ir al Hospital Pediátrico de Legaria, en donde le indicaron que la revisarían, pero luego de 2 horas de espera, le informaron que si el dolor aumentaba regresara al Hospital de Tacubaya o Cuajimalpa, ya que no tenían cirujanos.¹¹⁶ Este hecho, se acredita con el oficio de fecha 8 de marzo de 2013, suscrito por el Director del Hospital Pediátrico Legaria,¹¹⁷ quien señaló que al momento de acudir la niña agraviada a ese nosocomio, el día 4 de mayo de 2012, no existía cirujano pediatra disponible que realizara la cirugía, mientras que en el turno vespertino no se contaba con cirujano pediatra.

¹¹¹ Anexo V. Caso B, evidencia 14.

¹¹² *Ibidem*.

¹¹³ Anexo V. Caso B, evidencia 11.

¹¹⁴ Anexo V. Caso B, evidencia 13.

¹¹⁵ Anexo V. Caso B, evidencia 14.

¹¹⁶ Ver presentación del caso "B".

¹¹⁷ Anexo V. Caso B, evidencia 12.

Aunado a lo anterior, en el informe proporcionado por el Hospital Pediátrico Legaria,¹¹⁸ se indica que no se contaba con la nota médica de la atención que se brindó a la paciente, además de que en el Triage realizado en este caso, se refiere probable apendicitis; sin embargo, se desconoce cuál fue la razón por la que la paciente no fue valorada por el médico pediatra, o por algún otro médico, ya que el diagnóstico no es exclusivo de cirugía pediátrica. El hecho de que en el Triage se señale que es una probable apendicitis, pero no se le dé adecuado seguimiento a la niña, desvirtúa la razón del Triage, misma que consiste en priorizar la atención médica urgente.

Por último, la madre de la madre acude a la *Clínica Nuestra Señora del Carmen, S.C.*, lugar donde se le realiza la apendicetomía el mismo día 4 de mayo de 2012.¹¹⁹ La peticionaria madre de la niña agraviada tuvo que pagar la cantidad de \$10,000.00 (Diez mil pesos 00/100 M.N.), por esta intervención quirúrgica,¹²⁰ siendo que contaba con la afiliación vigente en el Seguro Popular.¹²¹

Así las cosas, en el caso de la niña agraviada B, se acredita la violación al derecho humano a la salud, por parte de los Hospitales Pediátricos Azcapotzalco y Legaria. En el primer caso, por no realizar una valoración oportuna y adecuada, aunado a la mala integración del expediente clínico; y, en el segundo caso, por no contar con cirujano pediatra en el turno vespertino y no saber qué ocurre con una paciente que presenta una urgencia médica y/o quirúrgica, desde su registro en la hoja Triage.

Además, se documenta la responsabilidad institucional, por el hecho de que el Hospital Pediátrico Legaria, no contaba con cirujano pediatra en el turno vespertino, retrasando el diagnóstico y tratamiento de la niña. Tomando en cuenta que en el Hospital Pediátrico Azcapotzalco, los quirófanos se encontraban en remodelación, era necesario que el Hospital Pediátrico Legaria, que es uno de los más próximos al ubicado en Azcapotzalco, contara con un cirujano pediatra en el turno vespertino, hechos que concurren para dejar a la niña sin la atención médica que ameritaba de manera urgente.¹²²

Por lo anterior, se acredita que se violó el derecho a la vida de la niña agraviada correlacionado con el derecho al más alto nivel posible de salud, habiendo puesto en riesgo su supervivencia.

VI.3.3. Caso C. Expediente CDHDF/III/122/MHGO/12/D6269.

En el caso C, los padres de la niña agraviada que en el año 2012, contaba con 4 años de edad, aprovecharon la afiliación al Seguro Popular,¹²³ para ser canalizados de la clínica del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, en Huixquilucan, Estado de México al Hospital Pediátrico Tacubaya, debido a que la paciente presentaba una "bolita" detrás de su oreja izquierda. El primer diagnóstico emitido el 17 de enero de 2012, conforme a una nota informativa enviada por un médico del referido nosocomio, consistió en la presencia de adenitis retroauricular izquierda de larga

¹¹⁸ *Ibidem*.

¹¹⁹ Anexo V. Caso B, evidencia 8.

¹²⁰ Anexo V. Caso B, evidencia 9.

¹²¹ Anexo V. Caso B, evidencia 10.

¹²² Ver presentación del caso B.

¹²³ Anexo V. Caso C, evidencia 15.

evolución.¹²⁴ No obstante, del análisis al expediente clínico,¹²⁵ se observó que en la Hoja de Referencia del DIF, en Huixquilucan, de fecha 13 de diciembre de 2011, la niña ya presentaba dos adenomegalias retroauriculares del lado izquierdo, así como el incremento de las líneas celulares de defensa del organismo, lo que ameritaba un estudio más exhaustivo de sus condiciones de salud, mismo que no se llevó a cabo.

Posteriormente el 29 de febrero, las personas agraviadas acudieron nuevamente al Hospital Pediátrico Tacubaya, reportando el cirujano pediatra del hospital referido, que la niña presentaba una bolita detrás de la oreja izquierda desde hacía 7 meses, sin presentar otra sintomatología agregada, y las cita para que regresaran a consulta en el mes de octubre de 2012.¹²⁶

Sin embargo, del análisis que realizó el personal médico al expediente clínico de la niña agraviada,¹²⁷ se observa que para ese día, 29 de febrero, el personal médico que la atendió, ya contaba con evidencias médicas iniciales de que el padecimiento podía ser más grave de lo que inicialmente se diagnosticó, debido a que la adenomegalia estaba supurando; que la niña ya había recibido un tratamiento con antibiótico desde el mes de enero de 2012, sin mostrar disminución en el tamaño de uno de los ganglios, el cual medía 3 x 2 centímetros; aunado a que desde el mes de noviembre de 2011, se había realizado una biometría hemática la cual mostraba la existencia de alteraciones sugestivas de patología hemato-oncológica; estos factores, obligaban a la realización de nuevos estudios de laboratorio, propios de una investigación médica para este tipo de patología, tal y como lo instruye la literatura médica.

Al respecto, es importante aclarar, que si bien es cierto que la literatura médica señala que las manifestaciones clínicas de la leucemia linfoblástica aguda son rápidas e inespecíficas, también lo es, que ya existían datos médicos que en su conjunto, hacían sospechar una etiología distinta a la infecciosa, como la causa de la adenomegalia que presentaba la niña.¹²⁸

Por lo anterior, se documenta el hecho de que se vulneró el derecho a la vida en correlación con el derecho a la salud y al nivel más alto de la supervivencia de la niña, debido que la atención médica proporcionada en el Hospital Pediátrico Tacubaya, fue incompleta e inoportuna, trayendo como consecuencia, el retardo en la atención médica que a su vez incide en el diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda realizada en un hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social, y posteriormente, en la muerte de la niña el día 2 de julio de 2012, a causa de dicha enfermedad.

Agregado a lo anterior, también se observó del análisis realizado al expediente clínico de la niña agraviada, que en el caso del interrogatorio clínico realizado por el servicio de pediatría y cirugía Pediátrica, en el Hospital Pediátrico de Tacubaya, no existe documentación alguna de que se haya realizado una exploración física de forma adecuada a la niña agraviada, ni tampoco que se le haya realizado un interrogatorio exhaustivo dirigido a investigar las características de la adenomegalia, así como su probable causa, tal y como lo instruyen los numerales 6.1.5., de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico y la literatura consultada, influyendo con ello

¹²⁴ Anexo V. Caso C, evidencia 16.

¹²⁵ Anexo V. Caso C, evidencia 18.

¹²⁶ Anexo V. Caso C, evidencia 17.

¹²⁷ Anexo V. Caso C, evidencia 18.

¹²⁸ *Ibidem*.

en un retraso en la instauración de un tratamiento específico, y permitiendo que la patología (leucemia linfoblástica aguda) continuara su progresión.¹²⁹

Tomando en consideración, que el personal médico del Hospital Pediátrico Tacubaya, no llevó a cabo la valoración de los datos subjetivos para medir la malignidad de la adenomegalia que presentaba la niña, los cuales eran: a) Diámetro superior a 2.5 centímetros; b) No desaparece al tratamiento antibiótico o antiinflamatorio después de dos semanas de instaurado; c) Evolución crónica de la adenomegalia; Cambios aparentes en la biometría hemática del mes de noviembre de 2011 (linfocitosis y aparentes granulocitos inmaduros), y si a estas condiciones se añade el hecho de que no se realizó una correcta semiología de la adenomegalia retroauricular izquierda que presentó la niña, así como una exploración física integral por parte de los servicios médicos que la valoraron de conformidad a lo instruido por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, observamos que existe responsabilidad médica debido a que todo esto influyó en la falta de oportunidad en el diagnóstico correcto de la paciente, provocando con ello, un retardo en la instauración del tratamiento específico y adecuado para darle mayores oportunidades de vida a la niña, para poder remitir la enfermedad que padecía,¹³⁰ con lo cual se vulneró su derecho a la salud y a la obligación de garantizarle el más alto nivel de supervivencia.

VI.3.4. Caso D. Expediente CDHDF/III/122/MHGO/12/D6269.

En el caso D, la madre de la niña agraviada denunció que su hija fue llevada al Hospital Pediátrico Coyoacán, en fecha 25 de septiembre de 2012, debido a que se la había diagnosticado apendicitis; sin embargo, no obstante que se tenía conocimiento de este problema de salud, no se le brindó la atención médica oportuna provocando que se perforara la apéndice y se complicara su estado de salud.¹³¹

Como parte de la investigación y documentación de la queja, personal de la CDHDF, acudió al Hospital Pediátrico Coyoacán, el 28 de septiembre de 2012, detectando las siguientes irregularidades:¹³²

- a) El médico que atendió a la niña agraviada al mediodía del 25 de septiembre de 2012, valoró que el cuadro no era propio de una apendicitis, sino de una adenitis mesentérica.
- b) Al día siguiente, al volver a valorar a la niña por personal médico de cirugía pediátrica, se detectó que ya presentaba una apendicitis complicada; sin embargo, no fue posible operarla debido que no había espacio en ningún quirófano, interviniéndola quirúrgicamente hasta las 19:20 horas del 26 de septiembre de 2012. Al salir de la cirugía, la niña agraviada tuvo que ser atendida en el servicio de terapia Intensiva por espacio de dos días, logrando posteriormente su recuperación.

Del análisis realizado por personal médico de esta Comisión, al expediente clínico de atención médica a la niña agraviada, se descubrieron las siguientes problemáticas:¹³³

¹²⁹ Ibid.

¹³⁰ Ibid.

¹³¹ Ver presentación del caso "D".

¹³² Anexo V. Caso D, evidencia 20.

¹³³ Anexo V. Caso D, evidencia 21.


- El diagnóstico diferencial entre la apendicitis y la adenitis mesentérica era razonable debido a que la niña presentaba historial de infección de vías respiratorias superiores y datos apendiculares no del todo claros; sin embargo, para esclarecer el diagnóstico se ordenó la realización de un ultrasonido desde que ingresó y posteriormente se vuelve a requerir a las 15:40 horas del 25 de septiembre de 2012, pero es hasta las 23:30 horas de ese mismo día cuando se reporta que no se llevó a cabo esta acción para realizar un diagnóstico certero *por falta de tiempo* (sic).

La aseveración sobre la *falta de tiempo* es médicamente inaceptable, ya que debido a esa aparente justificación se retrasó el diagnóstico, en consecuencia, no se le brindó una atención oportuna y de calidad a la paciente, que permitió que la patología apendicular evolucionara por falta de diagnóstico oportuno, violando así su derecho a la salud, y poniendo en riesgo la supervivencia de la niña agravada.

- No es sino hasta las 10:00 horas del día 26 de septiembre de 2012, cuando se confirma la apendicitis, la cual se complicó, debido a que la niña presentó abdomen agudo por la perforación del propio apéndice; sin embargo, no se puede llevar a cabo la cirugía que amerita por dos razones: Sólo había un anestesiólogo y no había quirófano disponible para realizar la cirugía, esto generó nuevamente retraso en la atención médica y también contribuyó a no otorgar a la niña agravada una atención oportuna, que provocó que se le tuviera que brindar la atención médica de recuperación en la Unidad de Terapia Intensiva.

VI.3.5. Caso E. Expediente CDHDF/III/122/CUAUH/12/D1694.

En el caso E, el padre de la niña agravada, señaló que como parte de la atención médica que se brindaba a su hija en el Hospital Pediátrico Peralvillo, por causa de una enfermedad respiratoria, el día 17 de marzo de 2012, quemaron a su hija de ocho meses de edad, con agua caliente al intentar bañarla.¹³⁴

 En el informe de fecha 22 de marzo de 2012, proporcionado por el Director del Hospital Pediátrico Tacubaya, se menciona que se recibió a una niña proveniente del Hospital Pediátrico Peralvillo, quien estaba ingresada en ese lugar por diagnóstico de neumonía; al estar bañando a la niña, fue mojada por agua caliente, presentando piel eritematosa, así como lesiones vesiculares en el tórax posterior, glúteos y ambas piernas, con quemadura de segundo grado superficial y profundo del 23% de superficie corporal total, solicitándose el traslado para atención especializada a la paciente.¹³⁵

De los informes de fecha 26 de marzo de 2012 proporcionados por escrito por el director del Hospital Pediátrico Peralvillo y una de las enfermeras,¹³⁶ y del acta circunstanciada realizada el 3 de abril de 2012, en la cual se entrevistó a la enfermera en comento, así como al enfermero Iván Abraján García,¹³⁷ se encontraron las siguientes coincidencias:

¹³⁴ Ver presentación del caso "E".

¹³⁵ Anexo V. Caso E, evidencia 22.

¹³⁶ Anexo V. Caso E, evidencias 23 y 24.

¹³⁷ Anexo V. Caso E, evidencia 25.

- a) Quien iba a bañar a la niña agraviada, no era la enfermera relacionada con la queja, sino un enfermero.
- b) La enfermera, se ofreció bañar a la niña agraviada.
- c) La mamá de la niña, estuvo presente con la enfermera cuando ocurrieron los hechos.
- d) El personal del Hospital Pediátrico Peralvillo, manifestó que la tarja donde se bañó a la niña agraviada, funcionaba mal, porque al momento de acercarse o alejarse de ella, oprimían las mangueras haciendo que saliera agua muy caliente o muy fría.

En relación al informe que envió la enfermera a este Organismo y en su testimonio que externó ante personal de esta Comisión, se encontraron los siguientes datos:

Comparativo	Informe proporcionado a la comisión el 26 de marzo de 2012	Acta circunstanciada del 3 de abril de 2012.
¿Cómo metió a la niña agraviada a la tarja del baño?	[...] procedo a regular la temperatura del agua, es decir, abriendo el agua caliente y fría, así mismo colocando una sábana dentro de la tarja, una vez regulada el agua procedo a colocar a la paciente dentro de la tarja, quedando sus pies a mi lado izquierdo (lugar donde se encontraba la regadera de mano) y la cabeza a mi lado derecho donde también se coloca [nombre de la madre de la niña agraviada]. Al estar manipulando a la paciente dentro de la tarja, para proteger el acceso venoso periférico, mi mano está en contacto con la salida de agua, la cual se encontraba en una temperatura aceptable, [...].	Llegó con la niña [nombre de la niña agraviada] al lugar donde se bañan a los niños, en tal lugar hay una tarja la cual es un poco profunda, un colchón de agua, las llaves de paso que se encontraban en la base de la tarja, un soporte donde se colocaba el suero. Posteriormente metió a la niña a la tarja y vio la venoclisis, por lo que le comentó a la madre de la niña, que si ella ya sabía manejar la venoclisis; sin embargo la madre respondió que no sabía. Posteriormente comenzó a abrir las llaves y regular el agua, agua caliente y agua fría y regularla a temperatura aceptable, tocó el agua y metió a la niña.
¿Cómo es que la enfermera percibió inicialmente la temperatura del agua?	Su mano estaba en contacto con la salida de agua, la cual se encontraba en una temperatura aceptable.	Tocó el agua
¿El motivo por el cual la enfermera dejó de estar en contacto con la niña agraviada y con el agua?	[...], deja de estar en contacto con el agua, para proteger la venoclisis insertada en el pie izquierdo de la niña agraviada, retirándose por un lapso de no mayor de 10 a 15 segundos (distancia aproximada de 3 a 4 metros).	Dejó a la niña agraviada para ir por una veda que protegiera la venoclisis en el pie izquierdo de la niña.
¿Cómo se dio cuenta a enfermera que el agua estaba caliente?	Acerca su mano hacia la salida de agua y es cuando se percató que el agua se encontraba a una temperatura elevada, reaccionando de inmediato alejando su mano de la salida del agua, cierra las llaves y toma a la niña de la zona axilar con ambas manos para recostarla en un colchón sobre su costado derecho.	Cuando metió la mano de vuelta para iniciar el baño, se percató que el agua estaba "calentísima" por lo que sacó la mano rápidamente, cerró las llaves colocando a la niña en el colchón.
Reacción de la niña agraviada:	La paciente nunca presentó ninguna reacción a estímulo doloroso como: llanto, gritos y no realizó ninguna gesticulación de que el agua estuviera caliente.	No gritó, ni lloró, comentándole a su mamá que posiblemente su hija presentara algún problema neurológico porque no es normal que no reaccionara.
Reacción de la mamá de la niña agraviada:	Al hacerla corresponsable, la mamá de la niña agraviada mostró poco interés a los cuidados de su hija, tomando una postura física de indiferencia.	Le preguntó a la madre de la niña agraviada que si sabía usar el baño, a lo que respondió que no; posteriormente, cuando detectó que le agua estaba caliente, le avisó a su mamá sobre esa

		situación diciéndole que quizá su hija podría presentar un daño neurológico, sin que ella dijera nada al respecto.
--	--	--

Del análisis comparativo de los aspectos desglosados en el cuadro anterior, podemos ver que la enfermera, coincide en casi todos los aspectos generales que asentó tanto en su informe por escrito como en su testimonio sobre el caso de la niña agraviada que sufrió quemaduras; encontrando únicamente la diferencia en el momento en que colocó a la niña en la tarja del baño, toda vez que en su informe que rindió por escrito, mencionó que abrió las llaves del agua, reguló la temperatura y colocó a la paciente dentro de la tarja, mientras que en su testimonio refiere que en dos ocasiones que metió a la niña en la tarja, la primera antes de abrir las llaves, y la segunda, después de haber regulado la temperatura del agua. En ambos casos, refiere también que cuando se dio cuenta que la niña se estaba quemando, procedió a cerrar las llaves del agua antes de sacar a la agraviada.

Por otra parte, la versión de la madre de la niña agraviada, es coincidente con el dicho de la enfermera, en el sentido de que preparó a la niña para bañarla, y posteriormente, le dio soporte a su pierna de ésta para proteger la venoclisis, pero difiere en el sentido de que al momento de bañar a la niña, la enfermera se puso a platicar con el enfermero, recargando su cuerpo sobre las llaves de paso del agua y ahí fue donde abrió de más el agua caliente, siendo que la regadera de teléfono, no la tenía en la mano, sino que la había dejado con el flujo de agua corriendo en la tarja donde estaba la niña. A los tres minutos de que ocurrió este incidente, la niña se quejó y fue cuando la enfermera se dio cuenta de que se estaba quemando.¹³⁸

Si se toma en consideración la versión de la enfermera en el sentido de que reguló la temperatura del agua antes de meter a bañar a la niña, pero no queda claro su dicho sobre el momento en que metió la niña a la tarja;¹³⁹ que la empresa que instaló el baño artesa en el Hospital Pediátrico Peralvillo, señaló que lo dejó funcionando en óptimas condiciones;¹⁴⁰ aunado a que el perito en instalaciones hidráulicas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, mencionó que las referidas instalaciones del baño artesa, del Hospital Pediátrico Peralvillo, estaban funcionando en condiciones normales, no encontrándose fuga de agua, ni artificio alguno que obstruyera el buen funcionamiento y operación de las llaves de control del baño,¹⁴¹ resulta lógica la versión de la peticionaria, en el sentido de que la llave del agua caliente fue abierta de más, por descuido y falta de cuidado de la enfermera al estar platicando con uno de sus compañeros.

Aunado a lo anterior, en ambos casos, la coincidencia entre ambas versiones es que la niña fue colocada de manera inmediata al interior de la tarja después de haber asegurado la pierna que tenía insertada a venoclisis, para estar en contacto permanente con el agua. En el Manual de Técnicas de Enfermería en Pediatría, proporcionado por la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, de fecha 1º de abril de 2005, menciona que deben existir maniobras previas para limpiar las cavidades naturales y la cabeza del paciente, antes de enjuagar su cuerpo.

¹³⁸ Anexo V. Caso E, evidencia 27.

¹³⁹ Anexo V. Caso E, evidencias 25 y 26.

¹⁴⁰ Anexo V. Caso E, evidencia 22.

¹⁴¹ Anexo V. Caso E, evidencias 27 y 28.



Para aclarar esta situación, se transcribe el punto 3.5., sobre el "Baño de Artesa":¹⁴²

"3.5. Baño de Artesa

Concepto

Son las maniobras que efectúan para el aseo del cuerpo del derechohabiente o usuario con agua corriente en una artesa.

Objetivo

- Eliminar las secreciones de las glándulas sebáceas, la descamación de la piel, el sudor y el polvo.
- Estimular la circulación y el ejercicio físico por medio del movimiento.
- Proporcionar el confort y bienestar al niño.
- Crear hábitos higiénicos al niño.

Principios

- En la piel normal saludable se encuentran microorganismo que no son dañinos.
- La piel es una barrera natural que protege a los tejidos subyacentes de lesiones físicas y la invasión bacteriana.

Material y equipo

- Torundas e isopos.
- Jabón de baño de pastilla.
- Toalla de fricción.
- Un contenedor con crema.
- Peine.
- Bolsa de papel para desechos.
- Cortauñas.
- Tánico.
- Ropa para el niño.

Técnica

- Proporciona de acuerdo a la edad, información del procedimiento a realizar.
- Traslado al niño y lleva consigo sus objetos personales.
- Coloca al niño sobre el colchón de artesa.
- Procede al aseo e cavidades, como está descrito en el baño de esponja y limpia la cara, con movimientos suaves en forma de ocho.
- Acerca al derechohabiente o usuario al borde de la artesa, para lavar y secar la cabeza.
- Desviste al niño y lo coloca al centro de la artesa, utiliza la sábana clínica como protector antiderrapante.
- Enjabona y enjuaga al cuerpo del niño de cuello a los pies, teniendo cuidado de los pliegues naturales.
- Coloca la toalla sobre los hombros del niño o si es el caso, coloca al niño pequeño sobre la toalla que está en el colchón de la artesa y procede a secarlo.

¹⁴² Página 29 del documento en mención.

- Lubrica la piel y lo viste.
- Corta las uñas y si es necesario, lo peina.
- Regresa al derechohabiente o usuario a su cama, le proporciona bienestar y seguridad.
- Reinstala el equipo en su lugar y los cuidados posteriores para su uso”.

Comparando las maniobras instruidas por el Manual de Técnicas de Enfermería en Pediatría, con lo descrito por la enfermera y la madre de la niña agraviada, observamos que no se respetó el protocolo señalado en el referido Manual; si bien es cierto que el llevar a cabo al pie de la letra estas condiciones no asegura poder evitar accidentes en su totalidad, sí habla de un descuido por parte de la enfermera, para seguir las reglas de seguridad que se deben tomar en cuenta en los baños de artesa.

Así las cosas, en el referido Manual de Técnicas de Enfermería en Pediatría, tampoco se menciona que exista una corresponsabilidad del padre, madre, ascendiente o familiar, al momento de bañar a una o un paciente, señalando únicamente, que de acuerdo a la edad, se debe informar al usuario o usuaria sobre el procedimiento a realizar; por lo anterior, si está presente algún progenitor o progenitora, se le debe informar a esta persona sobre dicho procedimiento, situación que sí ocurrió conforme al dicho de la enfermera y la madre de la niña.

Esto es importante, porque tanto en el informe del director del Hospital Pediátrico Peralvillo, como en la información proporcionada por la enfermera y el enfermero,¹⁴³ se imputa la responsabilidad sobre el descuido a la madre de la niña. Al respecto, existe un documento proporcionado por el personal del propio Hospital, denominado: *Programa “Por tu Salud, Todo el Tiempo Contigo”*,¹⁴⁴ cuyo objetivo general señala: “lograr la participación de los familiares de los usuarios o derechohabientes del Hospital Pediátrico Peralvillo, durante la hospitalización, en los diferentes programas y procesos de atención médica que permitan garantizar la seguridad del paciente y el ejercicio de sus derechos humanos”.¹⁴⁵

El propósito de ese Programa, es lograr la participación de las y los familiares de las y los pacientes en los procesos en los cuales se ven internados para la atención de su salud; en el capítulo sobre los Responsables del Programa,¹⁴⁶ señala al personal de medicina, enfermería y de trabajo social de primer contacto y de seguimiento en el servicio, así como personal administrativo y vigilancia, quienes podrán solicitar a las y los familiares del paciente, que cumplan con los lineamientos, pero aclarando también: “Recuerda que se delega la función, pero no la responsabilidad”, por lo que, la calidad de garante de la seguridad de la paciente, en el caso concreto, es de la enfermera que bañó a la niña, y no de su madre.

Si bien es cierto, que dentro de las acciones de intervención de enfermería, debe promoverse la participación de los familiares, es importante remarcar que el baño en artesa, sigue siendo responsabilidad de enfermería¹⁴⁷, y con mayor razón, si la enfermera sabía que las llaves de agua del área de dicho baño, no funcionaban adecuadamente. Por lo anterior, la enfermera, no cumplió y

¹⁴³ Anexo V. Caso E, evidencias 24, 25 y 26.

¹⁴⁴ Anexo V. Caso E, evidencia 26.

¹⁴⁵ Página 6 del documento en referencia.

¹⁴⁶ Página 10 del documento en referencia.

¹⁴⁷ Poner el Manual de Enfermería que viene en el expediente de queja enviado como respuesta por la SS del DF.

violó el deber de cuidado, al no procurar un entorno seguro para a la niña agraviada E, desobedeciendo el Código de Ética para Enfermeras, en su artículo séptimo, octavo y décimo tercero,¹⁴⁸ en consecuencia, se provocó un daño (quemadura) en la paciente.

Por último, el personal médico de la CDHDF, evaluó y comparó el testimonio de la peticionaria con el expediente clínico de atención médica a la niña agraviada por las quemaduras, así como la revisión de las lesiones que presentó, encontrando lo siguiente:

1. Lesión de quemadura de primer y segundo grado en zona de tórax posterior, pierna derecha en zona posterior y muslo posterior, en genitales y en pequeñas zonas de muslo anterior: Existe concordancia en tiempo de exposición de la piel a la fuente de calor y en la relación cronológica del tiempo en que ocurrió la lesión.
2. Lesión de quemadura en forma de H irregular que se encuentra en el hemicuerpo posterior derecho, que abarca desde la región escapular hasta el tercio distal de la pierna derecha y desde la línea media hasta la línea media axilar en la espalda. En el muslo abarca la parte anterior del tercio proximal y toda la posterior del muslo: Existe concordancia en tiempo de exposición de la piel a la fuente de calor y en la relación cronológica del tiempo en que ocurrió la lesión.
3. Lesión de quemadura forma redondeada en la cara externa del antebrazo derecho: Existe concordancia en tiempo de exposición de la piel a la fuente de calor y en la relación cronológica del tiempo en que ocurrió la lesión.
4. Lesión de quemadura en el codo caracterizada por ser una mancha hipocrómica: Existe concordancia en tiempo de exposición de la piel a la fuente de calor y en la relación cronológica del tiempo en que ocurrió la lesión.

Por todo lo anterior, se acredita la violación al derecho a la salud de la niña agraviada E, por causa de omisión de cuidado, al momento de bañar a la niña, generándole quemaduras de primer y segundo grado, en su organismo.

VI.3.6. Caso F. Expediente CDHDF/III/121/COY/12/D1637

En el momento en que este Organismo Público Autónomo de Derechos Humanos, recibió la queja, del niño agraviado F, de 9 años de edad, aún vivía, por lo que, se enviaron medidas precautorias al Hospital Pediátrico Coyoacán, quienes informaron que le se estaba brindando, el manejo médico quirúrgico adecuado, por parte de los servicios de urgencias, cirugía pediátrica, anestesiología y terapia intensiva.

Posteriormente, personal de este Organismo se comunicó con los padres del niño y personal del

¹⁴⁸ Comisión Permanente de Enfermería, Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros de México, Subsecretaría de Innovación y Calidad, México 2001, menciona que: Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad. (...)

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Hospital Pediátrico Coyoacán, señalando que se encontraba en terapia intensiva, sedado a causa del dolor que padecía, encontrándose en estado de salud grave.¹⁴⁹ El niño agraviado fue intervenido quirúrgicamente en tres ocasiones, sin embargo falleció el 26 de marzo de 2012.¹⁵⁰

Tomando en consideración, que se trataba de un caso en el cual al niño se le realizó una cirugía por apendicitis, pero al no existir una recuperación en su estado de salud, a los 4 días, se volvió a realizar una segunda cirugía de la cual no logra recuperarse hasta su fallecimiento y tomando en consideración la complejidad del caso, este Organismo solicitó la opinión del Subdirector de Cirugía del Instituto Nacional de Pediatría, señaló lo que a continuación se desglosa:¹⁵¹

- El niño agraviado fue operado el día 4 de marzo por causa de una apendicitis, evolucionando del 4 al 7 de marzo de manera adecuada. Posteriormente presentó distensión abdominal, con signos vitales normales, afebril y con datos de irritación peritoneal.

- Se debió realizar una espera mayor a los 4 días [del 4 al 8 de abril], con un tratamiento médico bien establecido y supervisado antes de realizar una nueva intervención. Sin embargo, no se realizó una buena valoración del caso, no se intentó modificar el tratamiento conservador establecido, no hay evidencias en las notas médicas de haber verificado la permeabilidad de la sonda nasogástrica, ni se realizó una tomografía del abdomen.

- Es la segunda intervención la que contribuye al deterioro del paciente, ya que a partir de ella el paciente se agrava, inicia con fiebre permanente, presentando datos de sepsis.

- El paro cardiorrespiratorio sí se pudo haber evitado; sin embargo, fue un evento accidental que muy probablemente se debió a una mala fijación de la cánula, o a un movimiento brusco del paciente o a un desplazamiento inesperado. No obstante, contribuye a la muerte del paciente ya que al analizar la evolución del caso después del evento, el paro cardiorrespiratorio produjo daño cerebral y condicionó que todos los mecanismos de defensa propios del organismo –en particular los del aparato respiratorio–, se vieran afectados.

- Es en la segunda intervención quirúrgica la que por una mala técnica, se afecta a los órganos y tejidos, produciendo un proceso inflamatorio inicialmente local y posteriormente sistémico la cual provoca sepsis de foco abdominal, coagulopatía por consumo y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, al cual se suma un paro respiratorio, estado hipóxico-isquémico prolongado, alteraciones hidro-electrolíticas y ácido-base, choque mixto, falla pulmonar, falla orgánica múltiple, infección por cóndida y hemorragia pulmonar masiva que fue el evento final que ocasionó la muerte del niño agraviado.

De esta manera, se acredita la vulneración al derecho a la vida en conexidad con los derechos al más alto nivel posible de salud, así como a la supervivencia y el desarrollo del niño agraviado F, debido a que la decisión de intervenir al niño el día 8 de marzo de 2012, fue una decisión precipitada, debiéndose modificar primeramente el tratamiento médico (no quirúrgico) antes de

¹⁴⁹ Anexo V. Caso "F", evidencia 34.

¹⁵⁰ Anexo V. Caso F, evidencias 33 y 34.

¹⁵¹ Anexo V. Caso "F", evidencia 37.

haber ingresado al paciente a cirugía.¹⁵²

En lo que corresponde al paro cardiorrespiratorio, queda claro que fue causado tanto por el deterioro por la falta de oxígeno secundario a la extubación accidental; sin embargo, el personal médico y de enfermería incurre en responsabilidad el servicio de terapia intensiva del Hospital Pediátrico Coyoacán, por no establecer un mecanismo de supervisión, ya sea para evitar la extubación, o en su caso, recanalizarla lo más pronto posible.

Tomando como base las respuestas del médico especialista, del Instituto Nacional de Pediatría, se puede establecer que las alteraciones fisiopatológicas que desencadenaron la muerte del niño agraviado y con ello imposibilitaron el desarrollo de su derecho a la vida y a la salud, iniciaron al haber realizado una segunda cirugía de manera precipitada, lo cual, ocasionó daño a órganos y tejidos, trayendo como consecuencia la inflamación del abdomen. Este cuadro desencadenó la necesidad de que el paciente fuera atendido en el servicio de terapia intensiva, donde se sumó un paro cardiorrespiratorio atribuible a una extubación accidental, lo que a su vez, llevó a un requerimiento mayor de oxígeno sin haber un adecuado aporte del mismo, aunado a la asociación de infecciones que desencadenaron un cuadro séptico y hemorragia pulmonar masiva, siendo este último evento, el que causó la muerte del niño.¹⁵³

VI.3.7. Caso G. Expediente CDHDF/III/122/VC/12/D0445.

En el caso G, el 24 de enero de 2012, se recibió la queja acerca un niño con apenas un mes de haber nacido, quien se encontraba en el Hospital General de México, debido a que al atenderle un problema intestinal en la red hospitalaria del Distrito Federal, le habían agravado su problema de salud, aunado a que en ese momento, existía la posibilidad de que le amputaran un brazo.¹⁵⁴

La primer irregularidad que se encontró, fue que al acudir personal de este Organismo al Hospital General de México, para observar el estado de salud del niño agraviado y consultar el expediente clínico para analizar los antecedentes en la atención médica, la médica Jefa de Terapia Intensiva Pediátrica, informó que no se había recibido el expediente, ni el resumen clínico acerca de este caso, por lo que, no contaban con información importante para saber los antecedentes y las cirugías realizadas al niño.¹⁵⁵

Ante esta situación, se enviaron medidas precautorias por parte de la CDHDF, al Hospital Pediátrico Moctezuma, para que hicieran llegar al Hospital General de México, el resumen clínico de la atención médica brindada a la niña, y con ello, proporcionar a dicho nosocomio, la información sobre los diagnósticos y tratamientos otorgados para brindar una atención integral y oportuna al paciente que en ese momento no se podía otorgar en su totalidad, por la falta de información.¹⁵⁶

Este hecho fue confirmado en la opinión médica emitida por este Organismo, pues no se apegaron

¹⁵² Anexo V. Caso "F", evidencia 33.

¹⁵³ *Ibíd.*

¹⁵⁴ Ver presentación del caso "G".

¹⁵⁵ Anexo V. Caso G, evidencia 32.

¹⁵⁶ Anexo V. Caso G, evidencia 32.

a lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA1-1998, Del expediente clínico, en su numeral 4.8, respecto al envío-recepción de un paciente para brindar una atención oportuna, integral y de calidad, así como en los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y Área Conurbada del Estado de México, los cuales mencionan que se debe enviar un formato de Referencia y Contrarreferencia, impidiendo con ello, la valoración integral del paciente por parte del Hospital General de México.¹⁵⁷

Aunado a este hecho, existió mal manejo del expediente clínico relacionado con la atención médica proporcionada al niño, toda vez que no se cubrieron los requisitos de descripción que deben anotarse en las notas pre y post quirúrgica, específicamente, sobre el procedimiento quirúrgico denominado venodisección, incumpliendo con ello, los numerales 8.7.1., 8.7.5., 8.7.7., 8.8.8., 8.7.9., 8.7.13. y 8.7.14, de la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA1-1998, Del expediente clínico. Este hecho es importante, porque como se analizará más adelante, dicho proceso de venodisección provocó la amputación del brazo derecho del niño agraviado.

Al investigar el caso, sí existió mala práctica médica: se documentó que el niño quien contaba apenas con 7 días de nacido, fue llevado al Hospital Pediátrico la Villa, para ser atendido por un problema intestinal, pero es remitido por ese nosocomio al Hospital Pediátrico Moctezuma, debido a que no se contaba con el servicio de cirugía pediátrica.

Una vez en el Hospital Pediátrico Moctezuma, al niño agraviado se le realiza una laparotomía y se le implementa una sonda nasogástrica, así como un tratamiento de antibiótico para atender una sepsis a nivel intestinal.

Los problemas médicos surgen cuando la falta de recursos materiales generan factores que inciden en la salud del niño; en primer lugar, no se contaba con los insumos para tomar una radiografía que permitiría valorar y diagnosticar al paciente, y en segundo lugar, la falta de un catéter endovenoso, mismo que fue sustituido por una sonda para alimentación, la cual provocó un desgarro en la vena safena de la pierna derecha del niño agraviado, ocasionando un daño que inutiliza una vía de acceso vascular para una posterior alimentación parenteral; aunado a que al momento de sustituir el catéter por una sonda, puede constituir un factor de riesgo para que se produzcan infecciones, y aunque aparentemente este hecho no pasó a mayores consecuencias, es un antecedente de la negligencia médica que ocurriría después.

Posteriormente, al paciente se le practica una ileostomía para eliminar los desechos que no estaba eliminando la zona del colon y el recto, y se le tiene que aplicar nutrición parenteral (aportar nutrientes por la vía intravenosa), para lo cual, se le coloca un catéter en la arteria axilar derecha el día 23 de enero de 2012.

Llama la atención que quien colocó el catéter fue un médico residente, y aunque firma dicho médico junto con médico base de cirugía pediátrica, no se anotó en la hoja de formato para la Colocación y Retiro de Catéter Intravascular, si hubo la adecuada asesoría y supervisión del médico adscrito al servicio, tal y como lo instruye la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, sobre todo si se toma en consideración que para la ciencia médica, el tratamiento de las venas y arterias en pacientes pediátricos es un reto que no puede manejar un cirujano inexperto sin el debido

¹⁵⁷ Anexo V. Caso G, evidencia 39.



monitoreo.

Agregado a esta falta de información, tampoco se asentó en dicho formato, qué arteria fue puncionada, ni se menciona la cuantificación de sangrado ni cómo se controló el mismo.

Desde las 11:00 horas, que se realizó la venopunción, hasta las 13:00 horas del día 23 de enero, el personal médico se da cuenta de que existe lesión a varios vasos sanguíneos de la axila derecha (sin que se especifique con certeza si fueron afectados los vasos sanguíneos de la vena o arteria), que compromete la circulación sanguínea del brazo derecho del niño. No obstante lo anterior, no hubo una valoración exhaustiva del caso, solicitando un estudio Doppler para confirmar si la circulación para la extremidad torácica derecha era suficiente, refiriendo únicamente en la nota médica lo siguiente: "Complicaciones: Cateterismo de la arteria axilar, se reparó y se dejó ligada, se dejó vendaje de Jhons."

En este espacio, se encuentra otra omisión, las notas de enfermería ya señalan desde las 11:00 de la mañana del día 23 de enero, que comenzaron los cambios de temperatura y de coloración de la extremidad torácica derecha. Sin embargo, las notas médicas no refieren nada al respecto, indicando únicamente que para el cambio de turno, se instruya la necesidad de vigilar el miembro, pero en el momento del pase de visita del turno vespertino, el médico a cargo cuestiona al grupo de residentes sobre el caso en particular, en consecuencia, no hubo un seguimiento del caso en particular, provocando con ello la reducción de la perspectiva del niño agraviado para la supervivencia y su sano desarrollo.

Dos horas y media después de encontrar datos clínicos de irrigación sanguínea, se decide realizar el estudio Doppler en el brazo derecho, presentándose un retardo para la atención y canalización de un caso que era urgente; combinado a esta negligencia, el Hospital Pediátrico Moctezuma, señala en las notas médicas que no se encuentra presente algún familiar; sin embargo, la peticionaria y tía del niño agraviado, refieren que sí estaban presentes en el lugar del cual se retiraron hasta las 16:30 horas de ese día, (la confirmación de realizar el estudio se hizo a las 15:30 horas) y la prueba de dicha circunstancia, es que ella observó el cambio de coloración y temperatura de la extremidad torácica derecha del niño. Ante esta situación, se observa que aparte de las acciones negligentes, el retardo en el diagnóstico adecuado en la atención médica, también hubo falta de información a las y los familiares del paciente.

Aunado a lo anterior, se decide remitir al niño al Hospital Pediátrico Coyoacán, para realizar el estudio Doppler, lugar donde se podía realizar dicho estudio, pero que no contaba con los recursos humanos ni materiales para brindarle una solución pronta al problema, debido que este tipo de contingencias médicas de tipo vascular sólo pueden ser atendidas en unidades médicas de tercer nivel, (específicamente en materia de salud pública, los hospitales de la Secretaría de Salud Federal), conforme lo instruyen los Lineamientos para la Referencia y la Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos.

Así las cosas, desde las 11:00 horas, que se realizó la lesión del vaso sanguíneo hasta el momento en que la peticionaria llega al Hospital General de México, transcurrieron 9 horas con 45 minutos, entre el momento de la lesión y hasta el momento en que es diagnosticado y referenciado para valoración por cirugía vascular, al Hospital General de México, situación que genera responsabilidad institucional y médica, porque se trata de una patología en la que el tiempo transcurrido es

inversamente proporcional a las posibilidades de éxito de la revascularización del brazo afectado. No obstante lo anterior, nada de estas incidencias se menciona en el informe del doctor,¹⁵⁸ entonces Director del Hospital Pediátrico Moctezuma, quien señala únicamente la remisión al Hospital General de México, para revascularizar el brazo derecho del niño, manifestando que el Jefe de cirugía pediátrica de ese hospital, estaba en coordinación con el director del referido hospital; situación que queda en duda, si recordamos que por parte del Hospital Pediátrico Moctezuma, no se agregó ninguna información básica sobre el tratamiento que se proporcionó al niño.

En ese tenor, no se cuenta con el consentimiento informado por parte de la persona responsable del niño, esto se debe a que la venodisección es un proceso quirúrgico que lleva en sí mismo un riesgo quirúrgico, en consecuencia, se debe contar con el consentimiento informado de algún familiar del paciente. De la revisión exhaustiva de expediente, no se encontró que se haya solicitado el consentimiento, anomalía que es confirmada cuando la peticionaria refirió que ella desconocía por qué le habían cambiado el catéter de la pierna al niño.¹⁵⁹

Por último, queda la interrogante sobre la repercusión de la amputación del brazo derecho del niño en su fallecimiento. A este respecto, el resultado del protocolo de necropsia del entonces Servicio Médico Forense del Distrito Federal, señala que falleció de cuadro séptico,¹⁶⁰ mientras que la ampliación del dictamen de necropsia¹⁶¹ corrobora como causa de muerte el resultado del estudio histopatológico: neumonía pulmonar.¹⁶²

Si bien es cierto que no se puede establecer un nexo causal entre la isquemia y posterior amputación del miembro torácico derecho, con la causa de la muerte establecida por el ahora Instituto de Ciencias Forenses del Distrito Federal, ya que la sepsis se presentó desde su ingreso al Hospital Pediátrico La Villa, pero en lo que sí existe conexidad es entre la lesión venosa con la consecuente isquemia y necrosis del brazo derecho, a tal grado que después de haberse amputado, se presentó la reapertura de la herida a consecuencia de un proceso infeccioso, lo cual influyó en la evolución tórpida del paciente y esto contribuyó a su muerte.

En este punto del análisis, es importante mencionar que: la venodisección no es un procedimiento a ciegas, se utiliza para visualizar vasos sanguíneos y canalizarlos. En este sentido no fue un incidente asociado al procedimiento de la venodisección en sí misma, se trató de un incidente asociado al procedimiento de la referida venodisección, por consecuencia, se acredita la responsabilidad del personal médico del Hospital Pediátrico Moctezuma.

Por lo anteriormente mencionado, se concluye que existió violación al derecho a la vida en conexidad con el derecho al más alto nivel posible de salud, así como a la supervivencia y al desarrollo, ya que no se brindaron los medios de diagnóstico y tratamiento oportuno, ni de cuidado disponible para el diagnóstico y la referencia oportuna del paciente.

VI.3.8. Caso H. Expediente CDHDF/III/122/IZTAC/11/D6717.

¹⁵⁸ Anexo V. Caso G, evidencia 33.

¹⁵⁹ Anexo V. Caso G, evidencia 44.

¹⁶⁰ Anexo V. Caso G, evidencia 34.

¹⁶¹ Anexo V. Caso G, evidencia 36.

¹⁶² Anexo V. Caso G, evidencia 35.



El caso está vinculado con una niña que presentó un problema de apendicitis y fue intervenida en el Hospital Pediátrico Aragón, porque el Hospital Pediátrico Iztacalco, al que inicialmente acudió, no contaba con médicos cirujanos, esto retardo su atención médica, lo que provocó que se le reventara el apéndice.¹⁶³

En su informe de fecha 17 de octubre de 2011, el director del Hospital Pediátrico Iztacalco, reconoció que en fecha 5 de noviembre, siendo las 20: 50 horas, acudió la niña agraviada junto con su mamá al área de urgencias solicitando el correspondiente apoyo porque presentaba los síntomas de una apendicitis; sin embargo, no se le pudo atender de manera exhaustiva porque solamente contaba con cirujano pediatra en el turno matutino. No fue sino hasta las 8:15 horas del 6 de noviembre, que se logró referenciarla al Hospital Pediátrico San Juan de Aragón.¹⁶⁴ Este hecho fue confirmado ante este Organismo, por la peticionaria madre de la niña.¹⁶⁵

Posteriormente, el mismo director del Hospital Pediátrico Iztacalco, al enviar el expediente clínico de la atención médica otorgada a la niña agraviada, señaló que el personal de dicho nosocomio se abocó a buscar un lugar donde se atendiera a la niña, confirmando el hecho de que no se encontró un nosocomio donde se le pudiera atender sino hasta las 11:30 horas del día 6 de noviembre de 2011, realizándose una nota de traslado en ese mismo día a las 13:00 horas, con diagnóstico de "abdomen agudo probablemente secundario apendicitis complicada".¹⁶⁶

En el análisis realizado por el personal médico de la CDHDF,¹⁶⁷ se concluye que puso en riesgo la supervivencia de la niña agraviada, debido a que en la complicación en la salud de la niña (la apendicitis aguda), se pudo haber evitado, si hubiere existido médico cirujano pediatra en el servicio de cirugía pediátrica del Hospital Pediátrico Iztacalco. Esto significa que la perforación del apéndice está asociada al tiempo de la evolución, situación que pudo haberse evitado, si se daba tratamiento quirúrgico inmediato y que de haberse tardado más la referenciación a otro nosocomio, pudo haber provocado la muerte de la paciente.

En el presente caso, al no contar con médicos cirujanos pediatras en el Hospital Pediátrico Iztacalco, los fines de semana, provocó que el cuadro de apendicitis se complicara hasta llegar a la enfermedad de apendicitis perforada que causó a su vez la peritonitis. Esta omisión, es institucional y se basa en que el Hospital Pediátrico de referencia, no contó con personal quirúrgico en fines de semana para el servicio de cirugía pediátrica, siendo que es obligación institucional de este hospital, contar con la atención de las urgencias quirúrgicas.

No obstante lo anterior, el personal del Hospital Pediátrico San Juan de Aragón, cumplió con la obligación de encontrar una sede hospitalaria que contara con el servicio de urgencia pediátrica, derivando a la niña agraviada al Hospital Pediátrico Azcapotzalco; sin embargo, esto se logró en un tiempo promedio mayor a las 12 horas, situación que puso en riesgo la supervivencia de la niña.

¹⁶³ Ver presentación del Caso H.

¹⁶⁴ Anexo V. Caso H, evidencia 40.

¹⁶⁵ Anexo V. Caso H, evidencia 41.

¹⁶⁶ Anexo V. Caso H, evidencia 42.

¹⁶⁷ Anexo V. Caso H, evidencia 43.

VI.3.9. Caso I. Expediente CDHDF/III/122/MHGO/11/D2648.

El día 25 de abril de 2011, la niña fue lesionada en un accidente de tránsito y al ser referida al Hospital Pediátrico Legaria, se le realizó un mal diagnóstico, indicándole que la trasladarían al Hospital Pediátrico La Villa, donde le informaron que se encontraba grave y que en cualquier momento fallecería. La niña falleció en el Hospital Pediátrico Moctezuma, por causa de un paro respiratorio.¹⁶⁸

En este caso, la CDHDF, solicitó a la Dirección del Hospital Pediátrico Legaria, que informara sobre lo acontecido, señalando en fecha 17 de mayo de 2011, el doctor Luis Dávila Solís, encargado de la dirección de dicho nosocomio, manifestando que al llegar la niña a esa unidad, se le realizó una tomografía axial computarizada de cráneo y abdomen, que no mostraron daños a nivel cardiorespiratorio, neurológico, ni abdominal aparente, proporcionándole manejo conservador y vigilancia estrecha, sin que requiriera manejo quirúrgico.¹⁶⁹

El 30 de mayo de 2011, personal de la CDHDF, acudió al Hospital Pediátrico Legaria, para reunir información sobre el caso, informando el entonces encargado de la dirección, que no contaban con el expediente clínico respecto de la atención que se brindó a la niña, y que dicha omisión se debió a que el día de los hechos (25 de abril de 2011), hubo demanda excesiva de trabajo, ya que arribaron al lugar siete pacientes requiriendo de atención urgente, y que únicamente se contaba con una médica adscrita al servicio de urgencias, quien ordenó la práctica de estudios de gabinete, quien recibía el apoyo de un médico residente.¹⁷⁰ Con esta situación, se vuelve a observar la responsabilidad institucional de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, por no contar con el personal suficiente para atender las urgencias que se pueden presentar en un día ordinario.

Tanto en la información que rindió por escrito y ante el personal de la CDHDF, este servidor público señaló que se canalizó a la niña agraviada al Hospital Pediátrico La Villa, para que fuera valorada por un médico cirujano pediatra.¹⁷¹

El problema de la carencia de recursos humanos competentes para atender las necesidades de urgencia pediátrica, se vuelve a presentar cuando la niña es trasladada al Hospital Pediátrico La Villa, pues estando en ese lugar, se manifestaron los datos de daño abdominal severo cayendo la paciente en estado de choque, pero al no contar tampoco con médico cirujano pediatra, se tiene que buscar otro centro hospitalario donde se le pueda atender, pudiendo canalizar a la niña agraviada al Hospital Pediátrico Moctezuma, dos horas después.¹⁷² Esto genera nuevamente la responsabilidad institucional que conlleva la ausencia de recursos humanos competentes, que a su vez produce el retardo en la atención médica que amerita ser tratada de urgencia, y con ello que se violó el derecho a la vida y la supervivencia de la paciente. Tomando en consideración que el trauma abdominal es la primera causa evitable de muerte por traumatismo, en el cual, el factor tiempo es de vital importancia, se perdieron tres horas en las que no se le brindó a la paciente la atención médica adecuada, la cual consistía en intervención quirúrgica, lo que influyó de manera importante para que

¹⁶⁸ Ver presentación del Caso I.

¹⁶⁹ Anexo V. Caso I, evidencia 44.

¹⁷⁰ Anexo V. Caso I, evidencia 45.

¹⁷¹ Anexo V. Caso I, evidencia 44.

¹⁷² Anexo V. Caso I, evidencia 47.

falleciera.¹⁷³

Para analizar el caso por parte del personal médico de la CDHDF, se solicitó a personal médico especializado en cirugía pediátrica, que interpretara la tomografía de abdomen, señalando por parte de esta institución, que sí había líquido libre en la cavidad abdominal,¹⁷⁴ con lo que se contaban con datos topográficos sugestivos de traumatismo abdominal cerrado desde que llegó al Hospital Pediátrico Legaria,¹⁷⁵ generando con ello responsabilidad médica por la inadecuada interpretación de los estudios de gabinete realizados a la niña, por lo que, se generó un mal diagnóstico al llevar a cabo un tratamiento conservador y de vigilancia, cuando se trataba de una paciente candidata a cirugía, y así aumentar sus posibilidades de sobrevivencia, irregularidad que se acredita con el resultado de la necropsia realizada al cadáver de la niña agraviada, la cual confirmó que falleció por causa de las alteraciones viscerales y tisulares, causadas en órganos abdominales a causa del traumatismo sufrido en el accidente,¹⁷⁶ acreditándose con estas evidencias la violación a su derecho a la vida correlacionado con el derecho a la salud y la supervivencia.

VI.3.10. Caso J. Expediente CDHDF/III/122/CUAUH/11/D2600

El 27 de abril de 2011, la niña agraviada de 1 año 10 meses de edad, fue ingresada al Hospital Pediátrico Peralvillo, por causa de una bronqueolitis, quedando atorada entre el colchón y la cuna, provocándole asfixia y posteriormente la muerte.¹⁷⁷

Para llevar a cabo la investigación exhaustiva de los hechos, se contó con el informe del director del Hospital Pediátrico Peralvillo, así como de la médica pediatra, en ambos casos, señalan la atención médica realizada en la niña después de haberla encontrado entre el respaldo y el colchón de la cuna, y que la niña agraviada presentaba espasmo del sollozo.¹⁷⁸

Del informe proporcionado por el director del referido centro hospitalario, se agregó la versión de los hechos de la asistente de la dirección del turno vespertino, de la doctora a cargo del área donde se encontraba la niña y una enfermera,¹⁷⁹ de esta última servidora pública, destaca la siguiente manifestación:

“[la niña agraviada] se encontraba sujeta al momento del accidente hecho que fue autorizado por la madre de la menor [sic] mediante la firma del Formato de Consentimiento Informado.

El procedimiento para la sujeción de las extremidades torácicas de la menor [sic], no lo efectuó la enfermera que atendió a la menor [sic], dicho procedimiento fue realizado por la enfermera del turno matutino, únicamente revisó que las vendas estuvieran colocadas correctamente, en virtud de que se tiene conocimiento que desde que ingresó la menor [sic] se encontraba inquieta, intentando quitarse la venoclisis.

¹⁷³ Íbidem.

¹⁷⁴ Anexo V. Caso I, evidencia 46.

¹⁷⁵ Anexo V. Caso I, evidencia 47.

¹⁷⁶ Anexo V. Caso I, evidencia 50.

¹⁷⁷ Ver presentación del Caso J.

¹⁷⁸ Anexo V. Caso J, evidencias 51 y 53.

¹⁷⁹ Anexo V. Caso J, evidencia 53.



En cuanto a la posición en que encontró a la niña agraviada señaló: Sólo vi que estaba entre la cabecera y el colchón, en posición vertical viendo hacia la piecera. No detalló la posición exacta, ya que me enfoqué a dar aviso al médico de guardia y a proporcionar el equipo de reanimación”.

De acuerdo a los testimonios que rindieron ante el Ministerio Público, siete personas del personal médico y de enfermería del Hospital Pediátrico Peralvillo, fueron consistentes en señalar que la niña agraviada era inquieta.¹⁸⁰

En este caso una enfermera, manifestó ante el agente del Ministerio Público, que al no encontrarla sobre la cama, la encontraron atrapada entre el colchón y la cabecera de la cuna, en posición vertical con la cabeza viendo hacia la piecera de la cuna, y que sus manitas no se encontraban amarradas, mientras que los miembros inferiores se encontraban suspendidos entre el colchón y el piso, y la parte del cuerpo de la clavícula se encontraba atorada entre los barrotes de la base de la cuna, encontrándose también amoratada de la cara y con disminución de los latidos cardíacos.

Llama la atención que ante este Organismo, una enfermera se mostró elusiva en sus respuestas, mientras que en el Ministerio Público se mostró más descriptiva acerca de la forma en que encontró de la niña.

Por otra parte, un testigo, señaló que no era frecuente que a los niños se les retiren las sujeciones cuando están en el área de hospitalización, porque a los más inquietos, se les coloca un tipo de chaleco sujetador para evitar que se quiten las sujeciones y se caigan de la cuna; no obstante, a la niña agraviada no se le colocó el chaleco sujetador.

Los datos mencionados anteriormente, nos llevan a considerar dos aseveraciones:

1. La mecánica de lesión narrada por el personal de enfermería y médico del Hospital Pediátrico Peralvillo, no es consistente con las lesiones ni con la evolución clínica que presentó la niña.

El dictamen del entonces Servicio Médico Forense del Distrito Federal, estableció que la causa de la muerte fue un traumatismo craneoencefálico, que su vez provoca una hemorragia cerebral con un infiltrado hemático en la región occipital del lado derecho por debajo del cuero cabelludo (esto significa que no era visible al exterior), el cual fue causado por contusión o compresión.¹⁸¹

En el análisis realizado por el personal médico, se realizó una reconstrucción de hechos y un cálculo físico el cual señala una velocidad de impacto de la cabeza de la niña en un promedio de 3.50 m/s a 4.21 m/s. Si la niña agraviada se hubiera lesionado como fue descrito por el personal médico y de enfermería -quedando atorada en el tórax y junto con los supuestos espasmos que presentaba, se provoca la asfixia-¹⁸², la velocidad de impacto y la energía absorbida por el cuerpo, hubieran

¹⁸⁰ Anexo V. Caso J, evidencia 54.

¹⁸¹ Anexo V. Caso J, evidencia 52.

¹⁸² El personal médico de este Organismo, no encontró en el expediente clínico que se haya documentado la presencia de espasmos en la niña.

generado lesiones en el tórax, presentándose una encefalopatía hipóxico isquémica, situación que no se encontró en la necropsia.

2. De manera independiente a la caída de la niña, es de suma importancia señalar, que dicha caída fue secundaria al hecho de que no se llevaron a cabo las medidas preventivas y de seguridad necesarias.

Como se mencionó en los informes y testimonios rendidos por el personal médico y de enfermería del Hospital Pediátrico Peralvillo, la madre de la víctima ya había dado su consentimiento por escrito para sujetar a la paciente con un método más radical que el simple uso de vendas, debido a que había sido clasificada con código rojo, por lo inquieta que se encontraba al ser hospitalizada.

El personal médico de la CDHDF, hace también una observación importante que:

“[...] la inclinación de la cuna en el segundo nivel, es para tener una posición semifowler, dicha posición a pesar de ser una indicación para trastornos respiratorios, no se encontró documentada en las indicaciones médicas. Cabe hacer mención que no se entiende el motivo por el que estas cunas, cuando dan posición fowler o semifowler permiten que exista un espacio entre la cabecera fija y la cabecera móvil de la cuna, por donde un menor –sic- puede atravesar y caer al suelo. Lo anterior genera un riesgo a la integridad física de cualquier menor –sic- hospitalizado en dichas cunas”.

No obstante lo anterior, era responsabilidad del área de enfermería, mayor cuidado en las niñas y niños hospitalizados que usan este tipo de camas, teniendo la obligación de seguridad respecto a las caídas, ya que las acciones de enfermería deben ir dirigidas a evitar accidentes y ofrecer al usuario seguridad. En el expediente clínico, no se observa anotación alguna por parte de enfermería, respecto de las acciones que se implementaron para evitar una caída, concretamente, de una paciente con alto riesgo de que sufriera precisamente una precipitación. Con esta acción, se incurre en una omisión de medidas preventivas y de seguridad para resguardo de la niña.

La inadecuada atención médica, se hace evidente cuando después de que la agraviada sufre la caída, presentando condiciones críticas de salud; sin embargo, como el Hospital Pediátrico Peralvillo, no cuenta con los medios diagnósticos adecuados, no le brindó una atención integral a la paciente como era su responsabilidad hacerlo, o en su defecto, canalizarla a otro centro hospitalario lo más pronto posible, situación que no ocurre sino hasta las 13:30 horas, del día siguiente, calculando con ello un promedio de 12 horas, sin poder realizarle estudios de sangre a la paciente, debido a que los estudios no eran confiables por presunta falla del gasómetro.

Esto implica que en el Hospital Pediátrico Peralvillo, se le brindó a la niña un tratamiento empírico siendo que el Hospital, estaba obligado a proporcionarle los medios de diagnóstico y terapéuticos con los que contaba para asegurar un correcto seguimiento y control de la paciente, lo cual, no se llevó a cabo, sin que exista en el expediente clínico, el establecimiento de medidas para subsanar la falta de medios de diagnóstico por parte del referido nosocomio.

La enfermedad por la que ingresó la niña al Hospital Pediátrico Peralvillo, consistente en la dificultad respiratoria, no repercutió en la causa de muerte, por lo que, la falta de medidas preventivas y de seguridad a la niña agraviada, aunado a la falta de atención oportuna y adecuada a la paciente, más

el retardo para remitirla a un centro hospitalario con los recursos humanos y materiales que pudieran atender los padecimientos derivados del traumatismo craneoencefálico, generaron la violación a su derecho a la vida correlacionado con el derecho a la salud y a la supervivencia.

VI.3.11. Caso K. Expediente CDHDF/III/122/AZCAP/11/D2523.

En el presente caso un niño de 2 años cinco meses de edad, falleció en el Hospital Pediátrico de Azcapotzalco, siendo que inicialmente se la había diagnosticado gastroenteritis, tanto en ese nosocomio como en un centro de salud, cuando en realidad padecía de edema pulmonar agudo.¹⁸³

La problemática de salud del niño ya era del conocimiento del personal médico que comenzó a atenderlo en el Centro de Salud T- III, Manuel Cárdenas de la Vega, pensando que era una gastroenteritis.¹⁸⁴

En el informe enviado a este Organismo por parte de la entonces directora del hospital Pediátrico Azcapotzalco¹⁸⁵, se indicó que el día 22 de abril de 2011, una médica asignada al servicio de urgencias del Hospital Pediátrico Azcapotzalco, diagnosticó que el niño presentaba gastroenteritis bacteriana sin hidratación aunque el paciente presentaba frecuencia respiratoria alta, por lo que, se le administró medicamento y se le bajó la fiebre que presentó al momento de ser internado, al bajar la fiebre, se anotó en el expediente clínico que la víctima se encontraba “estable”.

Sin embargo, en el resultado de la necropsia realizada por el entonces Servicio Médico Forense del Distrito Federal, así como en la ampliación de ese mismo dictamen, la causa de la muerte se debió a edema pulmonar agudo y necrosis tubular aguda.¹⁸⁶

Este Organismo solicitó al personal del ahora Instituto de Ciencias Forenses, esclareciera el resultado de la necropsia; la hipótesis de dicho Instituto es que días antes del 22 de abril de 2011, el niño recibió en su organismo bacterias altamente virulentas en sus pulmones, por aspiración de secreciones orales, agregado a que se encontraba disminuido en sus defensas, estas condicionantes generaron un edema pulmonar cuyos síntomas no incluyen la tos frecuente; a lo anterior, se acumula el hecho de que la infección llega hasta el tracto digestivo, ocasionando una gastroenteritis infecciosa.¹⁸⁷ Conforme a esta opinión, las causas de la muerte podían ser diagnosticables y previsibles.

A lo anterior, se suman los dictámenes elaborados por médicos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y de la CDHDF, los que esclarecen lo sucedido:

Por parte de la CONAMED),¹⁸⁸ se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. La médica que otorgó la atención al niño en el Centro de Salud “Dr. Manuel Cárdenas de la Vega”, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el día 20/04/11, no fundamentó el diagnóstico

¹⁸³ Ver presentación del Caso K.

¹⁸⁴ Anexo V. Caso K, evidencia 68.

¹⁸⁵ Anexo V. Caso K, evidencia 69.

¹⁸⁶ Anexo V. Caso K, evidencias 65 y 67.

¹⁸⁷ Anexo V. Caso K, evidencia 69.

¹⁸⁸ Anexo V. Caso K, evidencia 70.

de gastroenteritis, ni justificó la prescripción de antimicrobiano, aunado a que no cumplió con lo señalado en la Norma Oficial NOM-031-SSA2.199, para la Atención a la Salud del niño. Sin embargo, dichas deficiencias no influyeron en su fallecimiento.

2. Se observaron elementos de mala práctica por parte de médica del Servicio de Urgencias del Hospital Pediátrico Azcapotzalco, pues por las características del cuadro clínico, la indicación de antimicrobiano en el diagnóstico de gastroenteritis no estaba justificado, ni tampoco se cercioró que la madre de la víctima pudiera continuar con la hidratación oral en el hogar, en términos de lo señalado en la norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.

3. La muerte de la víctima no se debió a mala práctica por parte de la doctora, pues no hay evidencia de que en el momento de otorgar la atención hubiese presentado datos de sepsis derivada de gastroenteritis de etiología bacteriana. La causa fue un evento de aspiración de cuerpo extraño, el cual es imprevisible y ocurrió fuera de la institución hospitalaria.

4. La causa de la defunción del niño por aspiración de cuerpo extraño, es imprevisible y ocurrió fuera de la institución hospitalaria, muy probablemente de contenido gástrico (vómito) o cuerpo extraño (agua), que pudo haber ocasionado broncoespasmo, lo cual se confirmó en base al resultado del estudio histopatológico del pulmón.

Los médicos de la CDHDF, confirman el dictamen de la CONAMED, en los siguientes términos:¹⁸⁹

1. Se documentó mala práctica médica en la atención brindada por el Centro de Salud T-III, Manuel Cárdenas de la Vega al niño agraviado, porque no se interrogó la etiología del vómito, ya que en ese momento el niño agraviado presentaba diarrea y por consecuencia, no se podía hablar de gastroenteritis, brindándose un tratamiento empírico de gastroenteritis.

2. Se confirmó al igual que en el dictamen del CONAMED la existencia de mala práctica en la atención médica brindada por el Hospital Pediátrico de Azcapotzalco al niño agraviado, porque en la primera atención ocurrida a las 2:24 horas del 22 de abril de 2011, sólo se valoró la sintomatología aparente de la víctima, que era la fiebre. Aunado a lo anterior se desconocen las condiciones a su ingreso debido a la ausencia de una nota médica inicial de urgencias a esa hora, lo cual no coincide con lo señalado en los numerales 7.1.4. al 7.1.8. de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

La nota de urgencias de las 3:35 horas del día 22 de abril de 2011, se convierte en una nota de evolución de urgencias; sin embargo, como una nota de evolución debería contener lo estipulado en el numeral 7.2. de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

Esto significa que la nota médica debió contener los signos vitales y los resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, al evaluar parcialmente al niño agraviado, también la nota se concreta a decir que se atendió la fiebre del paciente, sin explorar el resto de los signos vitales, así como si el paciente toleraba o no la respuesta del tratamiento instaurado.

En este contexto, se le suministra antibiótico de forma empírica; sin embargo, el numeral 7.2.6.4.1

¹⁸⁹ Anexo V. Caso K, evidencia 70.



Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-199, Para la atención a la salud del niño, se menciona que los antimicrobianos sólo están indicados para determinados agentes etiológicos productores de enfermedades diarreicas. En el presente caso, no se realizó diagnóstico etiológico, por lo tanto, el antibiótico de primera instancia no se encontraba indicado.

Los elementos mencionados, el diagnóstico incompleto e injustificado, la responsabilidad médica y la inadecuada integración del expediente clínico de la víctima, evidencian la vulneración el derecho a la vida en contexto de una alteración específica al derecho al más alto nivel posible de salud del niño agraviado.

VI.3.12. Caso L. Expediente CDHDF/III/122/MHGO/11/D2520.

El 18 de marzo de 2011, la hija de la persona peticionaria de 5 meses de edad, fue internada en el Hospital Pediátrico Tacubaya, por causa de una bronconeumonía.¹⁹⁰

El 8 de abril de 2011, personal médico informó a la persona peticionaria que su hija presentaba un problema en la mano izquierda porque tenía una fuerte infección, sin explicarle las causas de ello. A la niña agraviada se le amputó dicho brazo en el Instituto Nacional de Pediatría.

En el informe proporcionado por el Instituto Nacional de Pediatría, se comunicó a este Organismo, que el día 15 de abril de 2011, fue necesario amputar el brazo izquierdo de la niña a causa de que el tercio distal del mismo, así como la muñeca, la mano y sus dedos, no se movían, presentando estos últimos insensibilidad y sin llevado capilar, con la piel negra y acartonada.¹⁹¹

Al recibir en este organismo la información por parte del Hospital Pediátrico Tacubaya, se integraron los testimonios por escrito de una médica y un médico, así como nueve enfermeros y enfermeras, quienes coinciden en que la niña agraviada ingresó al Hospital Pediátrico de Tacubaya, el 18 de marzo de 2011, por el diagnóstico de bronconeumonía, para el día 7 de abril, se recanalizó la venoclisis que se encontraba en la zona yugular a la mano izquierda, mismo que se tuvo que retirar un día después porque la mano derecha presentó cianosis y con equimosis, así como el aumento de volumen en el dorso y la palma de su mano.

Posteriormente, reportan las y los médicos y enfermeras, que con la intención de evitar mayores daños a la niña, se le realizaron dermofasciotomías, cortes en la piel y cubiertas de los músculos para liberar la presión dorsales y palmares.¹⁹²

En este contexto, es el informe de la doctora, donde se explica detalladamente lo sucedido:¹⁹³

- A las 1:40 horas del día 8 de abril de 2011, un enfermero, le preguntó a la doctora si era necesario recanalizar la venoclisis debido a que presentaba edema, a lo cual respondió que sí.

- A las 2:00 horas de ese mismo día observó en el área de urgencias una doctora recanalizó la

¹⁹⁰ Ver presentación del Caso L.

¹⁹¹ Anexo V. Caso L, evidencia 74.

¹⁹² Anexo V. Caso L, evidencias 72, 73 y 83.

¹⁹³ Anexo V. Caso L, evidencia 72.

venoclisis, y el enfermero y enfermeras se quedaron fijando la venoclisis, sin que aparentemente hubiera algún contratiempo.

- A las 6:30 la doctora en comento regresa al área de urgencias, observando a una enfermera con la paciente, cubriéndole con gasas húmedas, al preguntarle a la enfermera qué había pasado, le respondió que se habían infiltrado las soluciones; al observar a víctima, detectó que presentaba equimosis en la palma y en el dorso de su mano, así como edema abarcando la mano y parte de la muñeca.

- Ante esta situación, ordenó al enfermero y a una que le aplicaran vendaje no compresivo, señalando la doctora su preocupación por la presencia de la equimosis.

- Para el día 10 de abril, observó que la paciente aún se encontraba en el área de urgencias pero ya no necesitaba ventilación y presentaba mejoría en su problema respiratorio, pero los dedos de su mano izquierda estaban fríos, sin llenado capilar y cubiertos con vendaje.

El enfermero, menciona en su testimonio, cómo fue que se dieron cuenta que la venoclisis había causado efectos en la mano de la niña agraviada:¹⁹⁴

“A las 01:50 horas se presenta edema en miembro torácico derecho [sic], se cierran paso de soluciones para retirar venoclisis. Se re canaliza con apoyo de la Dra. [...] quedando venoclisis permeable y funcional hasta aproximadamente las 05:00 [horas] de la mañana [debido a que] la supervisora [...] observa coloración rojiza-violácea acompañada con edema en dedo índice, medio, anular y meñique, como en dorso y palma de la mano, con venoclisis permeable y obteniendo retorno indicándome que se retire. Posteriormente se incrementa coloración marmórea hasta muñeca, de los signos mencionados con anterioridad se notifica a los médicos de guardia, indicando vendaje en miembro afectado para disminuir edema.”

Las notas del expediente clínico de la menor agraviada, refieren que el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, diagnosticó Síndrome Compartimental de Mano Izquierda, (síntomas producidos por el aumento de presión a un miembro del cuerpo que provocan la disminución de la irrigación sanguínea). Al no funcionar los tratamientos para salvar la mano, el 11 de abril, el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, sugirió la amputación de la mano izquierda en cuanto mejorara el problema respiratorio de la niña agraviada, debido al pronóstico malo para la función.¹⁹⁵

En la opinión médica realizada por los doctores de la CDHDF, se explica que se aplicó terapia endovenosa (suministro de medicamentos a través de las venas), colocando un catéter. El riesgo de dicha terapia es que puede ocurrir la mala punción venosa la cual causa un hematoma en el sitio donde fue insertada la aguja, y la extravasación de líquidos, que es cuando se fugan las soluciones de la vena a los tejidos circundantes. En este último caso, se causan daños en la piel, nervios tendones y hasta articulaciones, que pueden dar lugar a la amputación de los órganos afectados.

En el caso de la niña agraviada, la solución que se aplicó por vía intravenosa contenía glocunato de calcio (mismos que se utiliza solamente de forma intravenosa, ya que si se fuga a otros tejidos, produce su muerte), cloruro de potasio (el cual puede causar provocar la muerte celular por

¹⁹⁴ Anexo V. Caso L, evidencia 71.

¹⁹⁵ Anexo V. Caso L, evidencia 83 y 85.



sobrecarga de líquidos en la célula) y difenilhidantoina.

Fue precisamente por la extravasación de estas sustancias, lo que provocó primeramente el Síndrome Compartimental Agudo, para que después murieran los tejidos y nervios de la mano y el antebrazo más expuestos a dichas sustancias (Isquemia de Volkman), mismos que posteriormente no fueron viables, no quedando otra alternativa que amputar el antebrazo en la unión de su tercio medio con el tercio proximal.

Esta situación implica la responsabilidad del cuerpo médico responsable y de enfermería, debido a que existe vínculo-relación entre la falta de vigilancia de la terapia endovenosa (desde la colocación hasta el retiro del catéter) y la amputación del antebrazo izquierdo desde la unión entre el tercio medio con el tercio distal que sufrió la niña agraviada por parte del personal de la salud que estuvo a cargo de la víctima en el Hospital Pediátrico Tacubaya, vulnerando con ello su derecho a la vida, en relación con el sano desarrollo, mismo que se vio parcialmente truncado con la amputación de su antebrazo izquierdo pues la colocaron en condición de persona con discapacidad.

VI.3.13. Caso M. Expediente CDHDF/III/122/AO/10/D8852.

En el presente caso la agraviada, una mujer embarazada que acudió a consulta gineco-obstétrica para valorar médicamente su embarazo, debido a que siente que está próxima a parir; pero también sospecha que su bebé será prematuro. Acude previamente a los hospitales Dr. Enrique Cabrera y Cuajimalpa, pero no la atendieron, debido a la falta de personal médico. Posteriormente, acudió al Hospital General Dr. Gregorio Salas, donde se declaró muerto a su bebé antes de su nacimiento.

Quando la madre estaba en labor de parto no fue canalizada a un área de expulsión, teniendo el alumbramiento en el mismo lugar donde están las demás mujeres próximas a ello; una vez expulsado, arrojaron al bebé a una cubeta de patada, aun cuando a decir de una enfermera se percató que vivía y lo bajaron al área de patología, donde una enfermera bajo a colocarle la pulsera de identificación y un hombre y una mujer policías asignados a ese nosocomio, respectivamente, observaron que vivía, quienes incidieron en que no se dejara abandonado al bebé en ese lugar.¹⁹⁶

Después de 5 horas de haber sido enviado al área de patología, finalmente el bebé fue atendido en ese hospital; actualmente se encuentra vivo y en desarrollo, aunque presenta algunos factores de discapacidad.

A continuación se desglosan los agravios generados a la víctima y a su bebé:

1. La responsabilidad institucional generada por la negativa de atención a la madre, en los Hospitales General Dr. Enrique Cabrera y en el Materno Infantil Cuajimalpa, por carencia de recursos humanos y materiales.

Antes de acudir al Hospital General Dr. Gregorio Salas, la víctima acudió a valoración al Hospital General Dr. Enrique Cabrera y al Hospital Materno Infantil Cuajimalpa, en el día 5 de diciembre de

¹⁹⁶ Ver presentación del Caso M.

2012, a la 1:42 horas y a las 3:00 de la madrugada.¹⁹⁷

En el primer nosocomio no contaban con médico ginecólogo. En ese lugar, se le realizó un partograma en el cual se menciona la necesidad de internarla para tratamiento, pero no se llevó a cabo por la falta de especialista, siendo que en un hospital de segundo nivel es obligatorio contar con especialista gineco-obstétrico. Por lo anterior, la madre acudió al Hospital Materno Infantil Cuajimalpa, donde se le solicitó un estudio ultrasonográfico urgente, debido a que en ese nosocomio no contaban con el recurso material para dicho estudio, que les permitiera evaluar la conducta terapéutica a seguir; sin embargo, la agraviada no pudo acudir a un laboratorio y centro de diagnóstico particular por falta de dinero.¹⁹⁸

Lo anterior, implica una atención incompleta e inoportuna para la víctima, por parte de dos hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, aunado a la responsabilidad institucional de esa dependencia, debido a que la falta de recursos humanos (carencia del personal médico para un acto de índole médica) y materiales (sin equipo de ultrasonografía para estudios), produce como consecuencia, que las mujeres se queden sin la debida atención médica especializada y urgente, en la especialidad de gineco-obstetricia.

2. En este caso, la responsabilidad médica deriva de la negativa de la doctora María Janine del Río Poceros, tomando en consideración un mal diagnóstico sobre la edad gestacional del bebé, realizado por personal médico, así como su negativa para atender al bebé recién nacido de manera prematura, bajo la premisa de que no era un "producto viable" y la responsabilidad del personal de enfermería cuando se dieron cuenta de que el bebé estaba vivo.

Conforme al resumen clínico de la madre y el bebé agraviado, proporcionado por el director del Hospital General Dr. Gregorio Salas, a las 07:40 horas del día 6 de diciembre de 2010, se diagnosticó que el bebé tenía 23 semanas de evolución, a las 3:25 horas la víctima expulsó al bebé.¹⁹⁹ Esta equivocación en la apreciación de la edad gestacional, se confirma cuando el bebé es referenciado al Hospital Pediátrico de Tacubaya, donde se le diagnosticaron 30.4 semanas de gestación.²⁰⁰

Por su parte, la persona agraviada refiere que previo a la expulsión del bebé, fue colocada en una camilla con otras señoras que también estaban en labor de parto, siendo que a las 3:25 horas del 7 de diciembre, "se alivió en ese mismo lugar", sin que se le trasladara a la sala de expulsión o algún otro espacio destinado para ello.

Acto seguido, la doctora observó al bebé, lo levantó para preguntarle a la persona agraviada si lo quería ver, al negarse esta persona ver a su hijo porque pensó que su muerte la deprimiría más, la doctora procedió a cortar el cordón umbilical, lo amarró en torno al cuello del bebé, colocándolo en una bolsa amarilla y después en una cubeta dejándola caer con el bebé adentro. Posteriormente, le sacó la placenta y ordenó que limpiaran las sábanas donde había estado la persona agraviada.²⁰¹

¹⁹⁷ Anexo V. Caso M, evidencias 88 y 89.

¹⁹⁸ *Ibidem*.

¹⁹⁹ Anexo V. Caso M, evidencia 90.

²⁰⁰ Anexo V. Caso M, evidencia 108.

²⁰¹ Anexo V. Caso M, evidencia 89.

En relación con la determinación de valorar como no viable al recién nacido, en el expediente clínico de atención médica a la persona agraviada y a su bebé, no existe evidencia de que se haya realizado algún estudio para valorar la frecuencia cardíaca fetal, o que se haya requerido a algún otro médico del área de pediatría, la valoración del caso y decidir el seguimiento terapéutico del bebé en comento, o en su defecto, determinar la causa de la muerte. Aunado a lo anterior, en el expediente clínico se observa que la persona agraviada mencionó al personal médico la última fecha de menstruación, misma que fue mal contabilizada, o en su defecto, no se tomó en cuenta.²⁰²

Conforme a la literatura médica, para determinar la muerte fetal en un paciente se debe hacer costar lo siguiente: a) Ausencia de movimientos fetales; b) Ausencia de frecuencia cardíaca fetal, siendo confirmados por medio de estudios de gabinete como cardiotocografía y ultrasonido en tiempo real.

Sin embargo, conforme al testimonio de las enfermeras, vieron al bebé moverse; la primera observó a esta situación cuando lo sacó de la cubeta para amortajarlo, comentándolo inmediatamente con la doctora Janine del Río Poceros, refiriéndole dicha médica que: “[...] solamente había que esperar, que no era un producto viable”. Por su parte, una enfermera, bajó al área de patología para ponerle un membrete al bebé, cuando observó que había “suspirado”, por lo que, de inmediato dio aviso a la doctora, quien contestó: “déjenlo ahí hasta que fallezca”, sin que ellas hicieran algo al respecto después de haber recibido la orden de dejar al bebé en el área de patología.²⁰³

Por otra parte, los elementos de Policía Auxiliar, José Alfredo Álvarez Sánchez y Adela Santiago Ruiz, quienes entre sus funciones al interior del Hospital General Dr. Gregorio Salas, está la de resguardar el área de patología, el primero de ellos señaló que una enfermera, bajó a ese lugar para ponerle un membrete al supuesto óbito fetal, cuando el policía se percató que el tórax del bebé se movía, pero al señalar esta situación a la enfermera, ella le refirió que lo único que se podía hacer al respecto era: “récele un padre nuestro”.

Al comentarle sobre esta situación a su compañera Adela Santiago, ella primeramente se cercioró que en realidad estaba vivo y luego propuso que se diera aviso al asistente de la dirección, el doctor García, y fue cuando posteriormente bajó la doctora, muy molesta a recoger al bebé del área de patología.²⁰⁴

Para cerciorarse de cuánto tiempo transcurrió entre el momento de la expulsión del bebé y cuando se le recoge del área de patología para atenderlo, al revisar la nota médica elaborada por el director del Hospital General Dr. Gregorio Salas, se observa que entre el momento en que se da por muerto al bebé y se le brinda atención médica, transcurre un promedio de 5 horas, [de las 3:25 a las 7:30 horas del 7 de diciembre de 2012].²⁰⁵

Esta información, fue confirmada mediante acta circunstanciada el 6 de enero de 2011, el Director del Hospital Pediátrico Peralvillo, quien confirmó que el bebé estuvo en el área patológica durante 5 horas, debido a que el personal médico del Hospital General Gregorio Salas, consideraba que había

²⁰² Anexo V. Caso M, evidencia 108

²⁰³ Anexo V. Caso M, evidencia 98.

²⁰⁴ Íbidem.

²⁰⁵ Anexo V. Caso M, evidencia 108.

nacido muerto.²⁰⁶ Lo anterior, contradice la breve versión de los hechos que en su momento dirigió en su primera comunicación por escrito a esta Comisión, el entonces director de Hospital General Dr. Gregorio Salas, quien en un oficio dirigido a este Organismo, el 30 de diciembre de 2010, informó lo que a continuación se transcribe:²⁰⁷

[...] esta unidad hospitalaria le otorgó a la madre en obstetricia y al recién nacido en servicio de neonatología, brindándole toda la atención que ameritaban, [...].

3. La tardanza para realizar el legrado a la madre.

En el expediente clínico, no se encontró justificación médica alguna para retrasar la cavidad uterina, la cual se realizó conforme a la versión de la persona agraviada; la nota médica enviada por el director del Hospital General Dr. Gregorio Salas, en un turno posterior; y, las notas del expediente clínico, a las 11:00 horas; es decir, en el turno médico posterior al que atendió el trabajo de parto.²⁰⁸

Este retardo puso en riesgo la vida de la madre, porque si hubiera presentado complicaciones en la matriz por causa de restos placentarios, tono, temperatura e integridad de las cavidades uterinas, dicha espacio de tiempo [un aproximado de 7 horas y media] hubiera sido suficiente para que surgieran complicaciones graves en su salud o en su defecto la muerte.

4. La mala integración de los expedientes clínicos de atención médica.

En referencia al expediente clínico de atención médica de la víctima, es importante mencionar que en el Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores, no se documenta hoja de atención del trabajo de parto, lo cual, impide conocer cuál era el estado que en ese momento guardaba la víctima y el bebé por nacer, tampoco es posible conocer cuáles fueron las condiciones clínicas del producto al momento del nacimiento, tampoco es posible conocer en qué consistió la exploración física y los datos clínicos que se tomaron en cuenta para a valoración y diagnóstico para determinar la supuesta muerte fetal.²⁰⁹

Como parte de la problemática derivada de ausencia de la hoja de parto, también se desconoce cuál fue la comunicación entre la médica tratante y la paciente, afectando con ello, la comunicación que conforme a la literatura médica, debe existir entre los médicos y padres del niño o niña prematura, para decidir de manera conjunta la decisión respecto a la atención médica y las complicaciones que pueden existir en la o el recién nacido.²¹⁰ La ausencia de esta comunicación, es confirmada por la peticionaria quien señaló que no hubo acercamiento por parte de la médica para explicarle las condiciones en las que se atendería o venía el producto, limitándose a decir que ya estaba muerto.²¹¹

En lo que corresponde al Hospital Materno Infantil de Cuajimalpa, cuando este Organismo le solicitó copias del expediente clínico de atención médica a la víctima, respondió que no contaba con

²⁰⁶ Anexo V. Caso M, evidencia 87.

²⁰⁷ Anexo V. Caso M, evidencia 88.

²⁰⁸ Anexo V. Caso M, evidencias 88, 89 y 108.

²⁰⁹ Anexo V. Caso M, evidencia 108.

²¹⁰ Anexo V. Caso M, evidencia 109.

²¹¹ Anexo V. Caso M, evidencias 89 y 108.

registros en los que se hiciera constar la atención otorgada a la paciente, vulnerando con ello lo instruido en los numerales 4.4. y 5.1. de la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.²¹²

Una vez realizadas estas consideraciones, este Organismo consideró esclarecer dos dudas centrales sobre el desarrollo del caso, consultando para ello cinco opiniones y dictámenes realizadas por una médica perito en ginecología y obstetricia, de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal,²¹³ un médico especialista en ginecología y obstetricia del Hospital General de México,²¹⁴ una neuróloga pediatra del Instituto Nacional de Pediatría,²¹⁵ un neurólogo pediatra del Hospital Infantil de México *Federico Gómez*²¹⁶ y un médico especialista en neurología pediátrica del Instituto Nacional de Perinatología *Isidro Espinoza de los Reyes*.²¹⁷

La primera es: ¿Qué tanto influyó el tiempo que estuvo el recién nacido sin atención médica oportuna para generarle agravios en su salud o discapacidad en su desarrollo?

La falta de atención oportuna es uno de los factores fundamentales para presentar hemorragia intraventricular. El recién nacido estuvo en promedio 5 horas sin la atención médica, en ese sentido es importante recalcar que en términos generales, la disminución de la mortalidad en la atención de los recién nacidos descansa en diversos factores, siendo uno de los factores más importantes para disminuir la tasa de mortalidad es la atención oportuna e inmediata a los productos prematuros, cuestión que no se brindó en el Hospital General Gregorio Salas.

Otro de los factores que influyeron negativamente en el recién nacido fue la hipotermia, esto es el decremento en la temperatura. La regulación no se dio en este caso debido a la falta de atención oportuna, a las condiciones propias de área de patología y de la gaveta en donde se encontró el cuerpo hasta que fue descubierta su vitalidad en dicha área. De acuerdo a lo relatado por el personal de seguridad que labora en el referido nosocomio, el área de patología no cuenta con sistemas para regular la temperatura, por lo que el bebé agraviado prácticamente estuvo expuesto a la intemperie por el lapso de 5 horas.

Lo anterior, es un factor de riesgo que incide en la morbimortalidad [número de personas fallecidas por una enfermedad en un lapso de tiempo] de este tipo de pacientes, debido a que las niñas y los niños presentan menor capacidad para conservar el calor, debido a la falta de tejido celular subcutáneo, y porque presentan una mayor área de superficie por masa corporal. Por eso el manejo de estos recién nacidos es por medio de la incubadora con control de temperatura.

El segundo cuestionamiento es si existe algún nexo causal entre la falta de atención oportuna del niño agraviado con las secuelas que presenta actualmente?²¹⁸

²¹² Anexo V. Caso M, evidencia 105.

²¹³ Anexo V. Caso M, evidencias 91 y 93.

²¹⁴ Anexo V. Caso M, evidencia 99.

²¹⁵ Anexo V. Caso M, evidencia 100.

²¹⁶ Anexo V. Caso M, evidencia 101.

²¹⁷ Anexo V. Caso M, evidencia 102.

²¹⁸ El ahora niño agraviado presentó inicialmente hidrocefalia, un retraso de 2 a 5 años en su madurez mental, puede caminar pero arrastra un pie, tensión y rigidez en los brazos. Ha recibido apoyo terapéutico en el Hospital Pediátrico Legaria y en un Centro del Teletón.

Las secuelas que presenta el recién nacido son a consecuencia de la hemorragia intraventricular a nivel cerebral, la cual puede ser a consecuencia de las patologías de base que presentó el paciente al momento de su nacimiento, esto es prematuridad y desnutrición en el útero. Ambas enfermedades se encontraban presentes y no era posible modificar con un tratamiento médico al momento de ser diagnosticado; sin embargo, la obligación del médico tratante era ofrecer los medios diagnósticos y terapéuticos para la atención del paciente, mismo que no se ofrecieron al bebé agraviado y por ello se incurrió en mala práctica médica.

Al no brindar los medios de diagnóstico y terapéuticos, se dejó a la libre evolución y con los factores de riesgo para la presencia de la hemorragia intraventricular durante un lapso de 5 horas sin atención médica. Lo anterior, impidió poder realizar una incidencia terapéutica con un tratamiento médico, a saber: reanimación neonatal, valoración por pediatría, y, en su defecto, referencia médica, lo que contribuyó a complicar el pronóstico médico del bebé agraviado.

Se reitera entonces que la incidencia de las secuelas neurológicas que sufrió y con las que actualmente cursa el niño agraviado, se deben a la hemorragia intraventricular, a la prematuridad y a la falta de atención oportuna al momento de su nacimiento. Aunque no se puede determinar el porcentaje en los que cada uno de esos factores influyó en la presentación de las secuelas, existe un consenso entre médicos especialistas que el hecho de no brindar la atención inmediata al momento del parto, fue un factor que contribuyó en las complicaciones que presentó y presenta actualmente el niño agraviado.

Cabe mencionar que existe un dictamen por parte del médico especialista en gineco-obstetricia del Hospital General de México, en el cual, se menciona que el bebé agraviado presenta características limítrofes en donde estaba indicado la opción de no reanimar; sin embargo, cabe hacer mención que para la Asociación de Neonatología de la Sociedad Española de Pediatría, los límites para requerir alguna justificación para reanimar son: un peso inferior de 660 gramos al nacimiento y una edad gestacional de 26 semanas. La Sociedad Canadiense de Pediatría, menciona que bastan más de 25 semanas de gestación para iniciar reanimación neonatal y, la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, mencionan que las 25 semanas de gestación es recomendable informar a los padres sobre la conveniencia de reanimar o no.²¹⁹

En este caso, el recién nacido pesó 960 gramos y tenía entre 30-32 de gestación, de acuerdo a los servicios de Pediatría y Neonatología, del Hospital General Dr. Gregorio Salas, que valoraron al niño agraviado, después de rescatarlo del área de Patología, por lo anterior, era una obligación ética y profesional por parte de la médica que atendió a la madre y al bebé recién nacido, brindar la atención médica oportuna y no abandonarlo, agravando con ello, las patologías y discapacidades con las que nació por causa de su prematuridad.

Lo anteriormente enunciado, evidencian en su conjunto, mala práctica médica que incide en la violación al derecho a la vida de la víctima y su bebé, en conexidad con los derechos al más alto nivel posible de salud, y a la supervivencia y el desarrollo del bebé recién nacido, ya que no se brindaron todos los medios de diagnóstico y terapéuticos con los que contaba el Hospital General

²¹⁹ María Eugenia Huber y colaboradores. *Sobrevivencia, viabilidad y pronóstico del prematuro*. Revista Médica de Chile, v. 130. No. 8. Santiago de Chile, 2002, pp. 931-938.



Gregorio Salas, lo anterior, contribuyó como un factor de riesgo extra a las complicaciones inherentes a la prematuridad, aunado a que incrementó la presencia de complicaciones en el neurodesarrollo que presentó y presenta el niño agraviado.

VI.3.14. Caso N. Expediente CDHDF/III/121/VC/10/D2772.

En el caso N, se trata de un niño al que no se le brindó oportunamente la atención quirúrgica en el Hospital Pediátrico Moctezuma, debido a un diagnóstico errado, lo que contribuyó a una serie de complicaciones en su padecimiento en la apéndice. Después de esta problemática, no se llevaron a cabo los estudios adecuados previo a su egreso, dándole de alta de manera precipitada para regresar al día siguiente con mayores problemas de salud.²²⁰

En la madrugada del día 15 de abril de 2010 [aproximadamente a las 0:00 horas], acudió el niño, con su padre al Hospital Pediátrico Moctezuma, porque sospechaban que la víctima tiene apendicitis, en ese lugar, fue revisado sin encontrar aparentes signos de patología abdominal, por ello, se le regresa a su domicilio.²²¹

En este punto, se encontraron las siguientes anomalías relacionadas con la exploración y diagnóstico inicial, acerca de la enfermedad que padecía el niño:²²²

1. En la evaluación realizada por el área de Urgencias del nosocomio en comento, se sugirió un cuadro de adenitis mesentérica, sin que existiera conforme a la versión de la autoridad, alguna otra patología abdominal, aunado a que ya no sentía dolencias; sin embargo, del análisis al expediente clínico y los informes otorgados por la autoridad a este Organismo, se detecta que el niño ya había ingerido medicamentos [causal por la que probablemente se calmó el dolor], que cuando el apéndice sufre una abertura el dolor disminuye durante un tiempo, y que no se llevó a cabo una semiología del dolor abdominal, es decir, que se le haya preguntado al niño agraviado sobre la estacionalidad, frecuencia, horario, ubicación, irradiación, tipo, intensidad y duración, entre otras cosas, para esclarecer si se trataba de un síndrome doloroso abdominal.

2. Tampoco se observa que se hayan ordenado estudios adicionales de laboratorio para confirmar o descartar apendicitis o cualquier otra patología, por lo que, al no haber descartado algún síntoma de otro padecimiento abdominal como pudiera ser la apendicitis, enfermedad de las vías biliares o dolor abdominal específico, no se consideró necesario mantenerlo en vigilancia hospitalaria, misma que pudiera haber evitado mayores complicaciones.²²³

Destaca el hecho de que al preguntar por parte de este Organismo por qué en el expediente clínico no había placas radiográficas, el Jefe de la Unidad Administrativa, Hospital Pediátrico, respondió que del 16 al 24, sí se contaban con placas radiográficas, pero el 20 de abril, se descompuso el revelador de placas;²²⁴ Al respecto, cabe recordar que los hechos iniciales ocurrieron el 15 de abril

²²⁰ Ver planteamiento del Caso N.

²²¹ Anexo V. Caso N, evidencias 112, 113 y 116.

²²² Anexo V. Caso N, evidencia 120.

²²³ Anexo V. Caso N, evidencia 120.

²²⁴ Anexo V. Caso N, evidencia 109.

de 2010, en consecuencia, sí había material para realizar estudios más exhaustivos en el caso del niño agraviado; no obstante lo manifestado por dicho directivo.

A las 18:30 horas de ese mismo día, el niño agraviado y su papá vuelven a acudir al nosocomio, porque presentaba mayores dolencias y es internado por la sospecha de que padece de apendicitis, siendo intervenido quirúrgicamente en la madrugada del día siguiente.²²⁵

Esto significa que hubo un retraso de aproximadamente 12 horas, para realizar la cirugía. Esto se debió a dos causales: la primera de ellas, fue por la ausencia de una exploración exhaustiva sobre el padecimiento que presentó el niño agraviado en su primera visita; la segunda, y no menos importante, por la cual no se realizó la cirugía de manera inmediata a la segunda visita del niño agraviado al Hospital Moctezuma, es que en las notas médicas se menciona que solamente había un médico-cirujano, sin que hubiera uno disponible para el turno vespertino,²²⁶ generándose con ello, la responsabilidad institucional por la falta de recursos humanos para atender al niño antes de que su problema de salud se agravara.

Como resultado de estos retardos, se encontró un apéndice abscedado [hay un absceso adyacente a la perforación del apéndice].²²⁷

Sin embargo, la problemática de salud no concluyó con esta acción quirúrgica, debido a que 4 días después, se realiza una laparatomía para resección intestinal e ileostomía, y se le dio de alta el 13 de mayo de 2010, pero un día después, se le vuelve a internar otra vez en ese hospital, por causa de una deshidratación,²²⁸ suministrándole manejo hidroelectrolítico y nutricional; para el 2 de junio, se manifestó obstrucción del intestino, por lo que, se maneja con nutrición parental, antibióticos y cuidados de paciente grave, hasta que se comenzó a estabilizar el 23 de junio, por lo que, se realiza una última cirugía para cerrar la derivación intestinal. El niño agraviado pudo ser dado de alta el 1º de julio de 2010, sin mayores problemas.²²⁹

En este orden de ideas, surge entonces la pregunta sobre si el retardo para realizar la cirugía incidió en las posteriores complicaciones:²³⁰

Al respecto, la opinión médica por parte de este Organismo, es que hubo un retraso en el diagnóstico de apendicitis, lo cual, contribuyó con la evolución natural de esta patología, lo que dio como resultado que se abscedara. En lo que corresponde a las bridas, son el resultado de una respuesta inflamatoria abdominal; como en el proceso de apendicitis interviene la respuesta antiinflamatoria, se genera un factor de riesgo que genera la presencia de bridas, mismas que ocasionaron las complicaciones post-quirúrgicas y repercusión en el tiempo de estancia intrahospitalaria.²³¹

²²⁵ Anexo V. Caso N, evidencia 111.

²²⁶ Íbidem.

²²⁷ Anexo V. Caso N, evidencia 112.

²²⁸ Anexo V. Caso N, evidencia 120.

²²⁹ Anexo V. Caso N, evidencias 112 y 113.

²³⁰ Anexo V. Caso N, evidencia 120.

²³¹ Íbidem.

Ahora bien, al papá y mamá del niño, les inquietó mucho la presencia de una ileostomía²³² [refiriendo que tenía los intestinos de fuera];²³³ sin embargo, conforme a la valoración del personal médico de la CDHDF, esta terapia fue correcta, debido a que ya se había muerto un segmento del intestino.

Donde existió un nuevo acto de mala práctica médica,²³⁴ fue cuando el 11 de mayo de 2010, se reportó en el expediente clínico que el paciente presentó mala evolución, tomando examen general de orina y ultrasonido abdominal, para que al día siguiente se encontrara clínicamente estable, por lo que, se le dio de alta. Sin embargo, del análisis al expediente clínico no se encontraron los resultados de examen general de orina, ni de los cultivos realizados el día 11 de mayo.

El personal médico de este Organismo, hace la aclaración de que es necesario tener tiempo de estabilidad clínica para dar de alta, que en este caso fue de 24 horas. Pero lo que no fue adecuado, es dar de alta al paciente, cuando un día anterior presentaba mala evolución, y no se da explicación sobre los resultados de los exámenes que se habían ordenado realizar. Por esta situación, no se cuentan con los elementos médicos suficientes para saber el real estado de salud de la víctima y si era el adecuado para otorgar el alta médica.²³⁵

De esta manera, se observa que las omisiones médicas que generaron agravio al derecho a la vida en conexidad con el derecho al más alto nivel posible de salud y a la supervivencia y al desarrollo del niño agraviado, fueron las que a continuación se enumeran:

1. La ausencia de elementos clínicos en la nota inicial de urgencias del día 15 de abril de 2010, a las 3:39 horas, lo cual influyó en un diagnóstico inexacto en ese momento.
2. La falta de estudio a profundidad de la patología del paciente, y por consecuencia la falta de oportunidad en la atención médica al niño agraviado por parte del servicio de cirugía general.
3. Por causa del retardo en el diagnóstico inoportuno, se aumentaron los factores de riesgo para la presencia de bridas, mismas que generaron el resto de complicaciones al niño agraviado y con ello el tiempo de hospitalización.
4. Se dio de alta al niño agraviado sin que se contaran con datos suficientes que justificaran esa acción, toda vez que un día antes había presentado mala evolución y no se contaban con los resultados de los estudios médicos.

VI.3.15. Caso Ñ. Expediente CDHDF/III/121/XOCH/10/D3114.

En este caso a un niño de tres años de edad, no se le realizaron estudios en el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, que permitieran obtener un diagnóstico adecuado a un padecimiento que fue diagnosticado como neumonía, lo que generó la aplicación de un tratamiento de manera empírica e

²³² La ileostomía es una abertura en la pared abdominal que se hace durante una cirugía, se utiliza para llevar los desechos fuera del cuerpo cuando el colon o el recto no está trabajando apropiadamente.

²³³ Anexo V. Caso N, evidencias 110 y 111.

²³⁴ Anexo V. Caso N, evidencia 120.

²³⁵ *Ibidem*.

inoportuna que contribuyó a su fallecimiento.²³⁶

Aunado a lo anterior, el peticionario denunció ante este Organismo, que nunca se les brindó la información completa acerca del estado de salud del paciente, ni el tratamiento a seguir; lo que llama la atención, es que en el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, se le pidió al padre del niño agraviado, que llevara un tubo con sangre de su hijo a otro hospital, situación que fue compartida por el personal del Hospital al que llevó dicha muestra sanguínea.²³⁷ Posteriormente, el padre confirmó esos hechos, señalando que nunca le dijeron cuál era el verdadero padecimiento de su hijo, señalándole únicamente que se trataba de un hongo, el cual era controlable. Además mencionó que por no saber usar un aparato terapéutico en el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, tuvieron que acudir al Hospital Pediátrico Moctezuma.²³⁸

Al cuestionar al Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, si era cierto que se había enviado al padre del niño para dejar una muestra sanguínea a otro nosocomio, el entonces director del Hospital Pediátrico Xochimilco respondió que sí, habiéndole encomendado que transportara una muestra de hemoglobulinas séricas, al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), toda vez que se había diagnosticado al niño agraviado, neumonía del pulmón derecho.²³⁹ Posteriormente, se volvió confirmar esa información, señalando que ese nosocomio no contaba con equipo para realizar el estudio de inmunoglobulinas séricas y aunque el transporte de muestras generalmente se realiza en ambulancia o unidad administrativa,²⁴⁰ se le pidió al padre que llevara las muestras para darle celeridad al envío y manejo de las mismas.²⁴¹

Así mismo, se anexó un resumen clínico de la atención proporcionada al niño, en el cual, se determinan como diagnósticos finales, que se trataba de un niño bien nutrido, con crisis convulsivas febriles, neumonía derecha, complicada sin germen aislado, hidroneumotórax derecho drenado, sepsis grave, insuficiencia respiratoria aguda y paro cardiorespiratorio.²⁴² No se practicó necropsia al cuerpo de la víctima, por carencia de un médico patólogo para realizarla.²⁴³

Del análisis realizado por personal médico de la CDHDF, se detectaron las siguientes irregularidades:²⁴⁴

Omisiones que generaron responsabilidad institucional:

El Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, no contó con recursos materiales para estudios microbiológicos, de gabinete y de laboratorio, lo que generó la falta de oportunidad para atender al niño agraviado de manera oportuna.

Por la evolución del cuadro reportado en el expediente clínico de la víctima, se documenta que en

²³⁶ Ver presentación Caso Ñ.

²³⁷ Anexo V. Caso Ñ, evidencia 129.

²³⁸ Anexo V. Caso Ñ, evidencias 128 y 129.

²³⁹ Anexo V. Caso Ñ, evidencia 128 y 129.

²⁴⁰ Anexo V. Caso Ñ, evidencia 129.

²⁴¹ Anexo V. Caso Ñ, evidencia 128.

²⁴² Anexo V. Caso Ñ, evidencia 124.

²⁴³ Anexo V. Caso Ñ, evidencia 125.

²⁴⁴ Anexo V. Caso Ñ, evidencia 129.

un inicio requería valoración por cirugía pediátrica, la cual se solicitó, pero no consta que se haya realizado. Posteriormente, se requirió de un especialista en cirugía pediátrica, para la colocación de un sello de agua, pero al carecer del mismo, se tuvo que solicitar la intervención del cirujano del Hospital Pediátrico Moctezuma, siendo que en teoría, el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco cuenta con tal especialista.

No se contó con el medicamento denominado ranitidina, lo cual, resulta inexplicable debido a que forma parte del cuadro básico de medicamentos con los que debe contar todo centro hospitalario.

No se contaron con los insumos para otorgarle nutrición parenteral, la cual, se encontraba indicada por los médicos tratantes; sin embargo, no se contaba con los insumos para aplicarla, por lo que, se instauró dieta polimérica por sonda naso gástrica, esto es, por vía enteral a pesar de presentar distensión abdominal y pobre alimentación por vía oral.

La toma de cultivos en sangre fue incompleta, pues no se hicieron para hongos y microorganismos anaerobios, a pesar de haber sido solicitados por los médicos tratantes, ya que están indicados para los casos en los que no hay respuesta positiva al tratamiento. El hecho de no brindar toda la gama de cultivos necesarios ocasionó un decremento en la posibilidad de diagnosticar la etiología, microbiología y darle certeza al tratamiento y una atención integral a la víctima.

La forma de embalaje de la muestra de sangre para el estudio de hemoglobulinas del paciente, no fue el adecuado, por lo que, se tuvo que desechar y tomar otra. El envío por personal no capacitado como el padre del niño puso en riesgo la salud de esta persona y además generó un retraso en los medios diagnósticos que repercutió en el tratamiento adecuado brindado al paciente.

Omisiones que generaron responsabilidad médica:

Se le brindaron a la víctima tres cambios de antibióticos: El primero de ellos, penicilina sódica cristalina; segundo cambio: vancomicina y cefatoxime; tercer esquema: imipenem y vancomicina. Al tercer cambio de antibiótico, era necesario remitir a un hospital de tercer nivel. Esto implicó la implementación de un esquema de tratamiento empírico que no fue el más acertado para combatir el problema de salud que padeció la víctima.

Se le diagnosticó a la víctima *cor pulmonale*;²⁴⁵ sin embargo, no se canaliza con especialista ni se le da seguimiento en las notas médicas, desconociendo si fue porque se omitió darle seguimiento porque ya no presentó dicha sintomatología. Esta patología, es una complicación secundaria a alguna patología secundaria a alguna patología respiratoria, por lo que, ameritaba ser valorada por un especialista en neumología pediátrica o por cardiología pediátrica.

A pesar de que la víctima presentó criterios para ser enviado a tercer nivel o a un hospital que contara con los servicios de infectología pediátrica o neumología pediátrica, no se envió a la correspondiente valoración.

El desconocimiento sobre cómo operaba el sistema de sello de agua, generó una referencia

²⁴⁵ Es la insuficiencia del lado derecho del corazón provocada por una hipertensión arterial prolongada en las arterias pulmonares y en el ventrículo derecho del corazón.

innecesaria para el niño agraviado, aunado a que generó una disfunción en dicho sistema que se solucionó agregando agua a uno de los compartimientos del aparato; en tal virtud, los médicos tratantes debieron valorar la posibilidad de trasladar a la víctima a una unidad donde se le brindara la posibilidad de un tratamiento más adecuado teniendo el conocimiento sobre el funcionamiento del sistema del sello de agua.

De los puntos anteriormente enunciados, se colige la falta de atención oportuna, integral y adecuada que influyó en la evolución inadecuada del niño en su enfermedad, contribuyendo a su deceso, por lo que, se vulneró su derecho a la vida, en conexidad con su derecho al más alto nivel de salud, así como a la supervivencia y al desarrollo.

VI.3.16. Caso O. Expediente CDHUS/III/122/XOCH/10/D1554

Este caso está vinculado con un niño recién nacido a quien no se le realizó un diagnóstico adecuado y que posteriormente falleció.

El niño agraviado nació el 23 de diciembre de 2009 en el Hospital General Milpa Alta habiendo desarrollado 40.5 semanas de gestación, egresando al día siguiente por considerar que se encontraba en condiciones óptimas de salud.²⁴⁶ Posteriormente el 17 de febrero de 2010 fue llevado al Hospital Materno Infantil Tláhuac, donde se constató que falleció antes de llegar a ese nosocomio.²⁴⁷

Los resultados del protocolo de necropsia a los que se agregaron estudios histopatológicos y químico-toxicológicos del cadáver, señalan que el bebé falleció a causa de congestión visceral generalizada por edema agudo moderado a severo y neumonía lobar con infarto hemorrágico del miocardio.²⁴⁸

Al analizar el expediente clínico de atención médica que se proporcionó al niño agraviado,²⁴⁹ se observa que fue atendido médicamente en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, el 27 de enero de 2010 presentando los diagnósticos de síndrome doloroso abdominal, íleo metabólico vs. obstrucción intestinal; al evolucionar favorablemente, se decide su egreso para el día 29 de enero.

Sin embargo en ese mismo día, presentó fiebre por aparente cuadro de infección de vías respiratorias altas, por lo que se le vuelva a internar en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco. En este aspecto, se cuenta con el problema de que en dicho hospital no se encuentran las notas médicas de los días 30 y 31 de enero, así como del 2 de febrero de 2010, por lo que no se puede conocer cuál fue la evolución clínica del paciente, ni la cronología del proceso salud-enfermedad del paciente. Esta omisión transgrede el numeral 7.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

²⁴⁶ Anexo V. Caso O, evidencia 138.

²⁴⁷ Anexo V. Caso O, evidencia 137 y 139.

²⁴⁸ Anexo V. Caso O, evidencias 132, 133, 134 y 135.

²⁴⁹ Anexo V. Caso O, evidencias 140.

En este orden de ideas, de las documentales remitidas a este Organismo, se detectó que en el folio 00017 se traspapeló nota de enfermería de otro paciente, la cual abarca 3 días de evolución. Lo anterior pudo influir en la atención de la calidad brindada a otro paciente ya que se extraviaron 3 días de evolución de enfermería.

De manera posterior, regresó el niño para el día 6 de febrero de 2010 al Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, con diagnóstico de faringitis y gastroenteritis probablemente infecciosa por sobrecrecimiento bacteriano, para confirmar después que cursaba clínicamente con bronconeumonía y síndrome diarreico. Un día después, se agregó en una nota del expediente clínico, que se suministró al niño agraviado el antibiótico trimetoprim-sulfametoxazol, sin hacer mención en dicha nota por qué se tomó dicha decisión, ni se actualizó el cuadro clínico del niño.

El día 10 de febrero de 2010 se reporta al niño agraviado clínicamente estable, no se observa nota del 11 de febrero de 2010, día en que el paciente fue egresado. El día 13 de febrero de 2010, la familia del paciente regresa con el niño al Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, pero en la nota de evolución de urgencias sólo se menciona que acudió por irritabilidad, no refiere signos vitales, ni describe la valoración física, sólo se coloca que es negativa. Lo anterior no cumple con lo estipulado en los numerales 7.1.2. y 7.1.4. de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

La siguiente intervención médica ocurre el 17 de febrero de 2010, cuando se lleva al niño al Hospital General Tláhuac en donde llega con palidez de tegumentos, livideces y sin signos vitales.²⁵⁰

De los testimonios vertidos por la abuela y a la madre del niño agraviado ante el Ministerio Público, se menciona que posterior al alta médica del día 11 de febrero, el paciente no presentaba sintomatología aparente; sin embargo, al segundo día el paciente comenzaba a presentar de nueva cuenta problemas para evacuar. Fue esa la razón por la cual acudieron el 13 de febrero; pero las testigas mencionan que no revisaron al agraviado. Posterior a esto, las familiares refieren que la evolución fue similar hasta el día 17 de febrero de 2010.

El día 16 de febrero, el niño se encontraba, de acuerdo a la versión de sus familiares, con una evolución favorable, bebió sus onzas de leche y se encontraba *contento*, en la madrugada del 17 de febrero de 2010, a las 3:00 horas aproximadamente la madre de bebé le dio de comer y no le observó nada extraño. A las 6:00 horas la abuela del bebé acudió a revisarlo y refiere que se encontraba aún *caliente*.

A las 8:10 horas, la madre del niño le iba a dar de comer cuando se percató que estaba frío y no se movía, por lo cual ella y su mamá trasladaron al niño al Hospital Materno Infantil Tláhuac que les quedaba más cerca y al llegar fueron atendidas de manera inmediata por el mismo, quienes les dijeron que su hijo ya había llegado muerto, por lo cual realizaron la notificación correspondiente al Ministerio Público para que realizara la investigación correspondiente.²⁵¹

En el presente caso, el personal médico de la CDHDF encontró que el tratamiento médico estuvo apegado a lo señalado por la literatura médica, y que no es posible afirmar la existencia de alguna

²⁵⁰ Anexo V. Caso O, evidencia 137.

²⁵¹ Anexo V. Caso O. evidencias 139.

acción u omisión por parte del personal médico y de enfermería del hospital tratante que hubiese influido en la muerte del menor; sin embargo, es necesario señalar que el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco no se apegó a lo estipulado en los numerales 7.1.2., 7.1.4. y 7.2. de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, lo que impide conocer la evolución clínica en algunos de los días que el paciente recibió atención médica.

Lo anterior, sumado a que en el expediente clínico certificado del agraviado se encontró una hoja de enfermería de otro paciente, lo cual sustenta el mal manejo del expediente clínico del hospital tratante.

Si se toma en cuenta que la mejor forma de prevenir los errores en la mala práctica médica, así como los elementos adversos y la responsabilidad profesional, se hace necesario el desarrollo de una práctica médica con responsabilidad profesional, de la aplicación de los conocimientos médicos vigentes, las habilidades requeridas para la realización de los procedimientos que se requieren y una actitud asertiva –lex artis-, contando con la documentación que acredite su práctica y la realización de los registros requeridos en el expediente clínico que justifique su actuación, y que el referido expediente clínico proporciona los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la posterior solución de los problemas de salud de los usuarios, se colige que el respeto y cumplimiento al derecho humano a la salud compromete a todas y a todos los servidores públicos médicos y enfermeras a la integración correcta y completa del referido expediente clínico, situación que no se cumplimentó en el presente caso.

VI.3.17. Caso P. Expediente CDHDF/III/122/VC/10/D0116

En relación a este caso la niña agraviada niña que ingresó el 29 de diciembre de 2009 a cirugía en el Hospital Pediátrico Moctezuma, con diagnóstico de apendicitis; sin embargo, sufre de un paro cardiorespiratorio y posteriormente fallece.²⁵² Al recibir en este Organismo la queja, se emitieron medidas precautorias al Hospital Pediátrico Moctezuma, las cuales fueron contestadas en el sentido de que la paciente se encontraba internada en el servicio de terapia intensiva pediátrica y se había informado a sus padres que se había diagnosticado muerte cerebral, por ello solamente se le podían otorgar medidas de sostén y que si ellos autorizaban, se podía donar los órganos de la víctima.²⁵³

Con el propósito de esclarecer si existía algún fundamento para haber señalado a la madre y el padre de la niña que existía alguna facultad del personal médico para desconectar el esquema respiratorio a la niña agraviada y donar sus órganos, el Director del Hospital Pediátrico Moctezuma, señaló que en ningún momento se consideró no llevar a cabo las acciones necesarias para preservar la vida y la salud de la víctima.²⁵⁴

Personal de este Organismo acudió al Hospital Pediátrico Moctezuma, percatándose que la niña se encontraba sedada, con ventilador mecánico, con colocación de soluciones intravenosas, administración nutricional por sonda, informando el médico residente que se encontraba con un

²⁵² Anexo Caso P, evidencias 142 y 143.

²⁵³ Anexo V. Caso P, evidencia 141 y 148.

²⁵⁴ Anexo V. Caso P, evidencia 144.

funcionamiento adecuado de sus órganos, pero sus funciones neurológicas se encontraban deterioradas.²⁵⁵

Por otra parte, al consultar las notas médicas, se observaron las siguientes acciones posteriores inmediatas a la cirugía:

"Se da por terminado procedimiento sin incidentes, se aspira secreciones gentilmente, no se extuba paciente por no responder a órdenes verbales, sin embargo se encuentra con pupilas reactivas, con reflejos de tallo presentes, se mantiene con ventilación mecánica por lapso de tres horas sin poder recuperar ventilación mecánica eficiente, por lo que se decide interconsulta a servicio de Terapia Intensiva".²⁵⁶

Aunado a lo anterior, se encontró la siguiente irregularidad en el expediente clínico de atención médica proporcionada a la niña agraviada:

Mientras que las notas elaboradas por el servicio de cirugía y de enfermería revisadas en fecha 15 de enero de 2010, mencionan que la niña presentó depresión respiratoria y paro cardiorespiratorio; por parte del servicio de anestesiología, sólo se anota en la nota transanestésica y postanestésica que presentó depresión respiratoria, sin hacer ninguna mención del paro cardiorespiratorio.

Sin embargo, cuando se revisaron las copias certificadas del expediente clínico sobre la atención médica proporcionada a la niña agraviada, se observó que la foja número 000107 correspondiente al registro de anestesia y recuperación se encontraba alterada, ya que en el cuadro de la duración de la anestesia, específicamente en el apartado sobre la duración de la anestesia, en observaciones y control de líquidos no se había señalado lo siguiente: "Presentó paro cardiorespiratorio de 1.5 minutos aproximadamente". Esta anomalía fue corroborada mediante fotografía.²⁵⁷

Este Organismo consultó a un médico anesthesiologo certificado ante el Consejo Mexicano de Anestesiología, quien en relación con el expediente clínico de atención médica, señaló que en el referido expediente no existió una valoración preanestésica como lo señala Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, por lo que no se puede conocer cuál fue el procedimiento anestésico dadas las condiciones físicas y las repercusiones hemodinámicas de la paciente para solucionar los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico anestésico.

En este contexto, tampoco se mencionó en las notas médicas si contaban con medicamentos adecuados para este tipo de casos dentro de quirófano y si los tenían a la mano, así como laringoscopio con la hoja adecuada y tubos endotraqueales y mascarillas laríngeas.

Este mismo especialista confirma que no existen notas preanestésica, transanestésica y postanestésica, por lo que no existen datos por parte del médico anesthesiologo adscritos tratante de la cirugía de apendicetomía, ni tampoco menciona cómo fue el cuidado de la paciente durante todo el proceso anestésico/quirúrgico y de recuperación, con todo el material y medicamentos disponible de acuerdo a la planeación de la técnica anestésica y sus posibles complicaciones, ni tampoco existe la hoja de consentimiento informado por parte de la madre y el padre para llevar

²⁵⁵ Anexo V. Caso P, evidencia 142.

²⁵⁶ Anexo V. Caso P, evidencia 146 y 147.

²⁵⁷ Anexo V. Caso P, evidencia, 143, 146 y 147.

cabo el acto quirúrgico, por lo que hubo falta de información a través de la carta de consentimiento informado sobre el procedimiento anestésico,

Con motivo de lo anteriormente enunciado, el médico anestesiólogo que tuvo en su encargo la cirugía de la víctima, incurrió en responsabilidad por omisión, mientras que el Hospital Pediátrico Moctezuma incurrió en responsabilidad institucional por no existir un control y un estricto cuidado de los expedientes clínicos con el propósito primero de que primeramente se cumplan los lineamientos de las Normas Oficiales Mexicanas, y en segundo lugar, de que los referidos expedientes no sean alterados.

La valoración médica elaborada por el médico anestesiólogo certificado ante el Consejo Mexicano de Anestesiología, señala los siguientes aspectos:²⁵⁸

1. La técnica anestésica fue la adecuada; sin embargo, todo procedimiento anestésico implica un riesgo para el paciente.
2. Las causas por las cuales se produjo la depresión respiratoria y el paro cardiorespiratorio, fueron las reacciones adversas de la técnica anestésica y el anestésico utilizado.
3. Si la paciente presentaba sobre peso como lo señalaron los médicos a los padres de la niña, se debió calcular la dosis de sedantes, considerando que la paciente presentaba fiebre, deshidratación, dolor abdominal y taquicardia; sin embargo, existen inconsistencias en las notas del anestesiólogo en cuanto al anestésico que utilizó y la dosis administrada, así como en el nivel del espacio peridural en el que se suministró la anestesia.
4. En este orden de ideas, debiéndose realizar un bloqueo bajo a nivel de las vértebras 2 y 3, el nivel que alcanzó fue por arriba de la 4ª. vértebra, lo que presentó un nivel de parálisis parasimpática se presentó una dosis de anestésico que produjo el descenso de la frecuencia cardiaca y dificultad respiratoria.
5. Agregado a lo anterior, en el registro de anestesiología se anotó la presencia de medicamento Fentanyl (medicina sedante), si bien no se menciona que se haya suministrado la misma, también lo es que las correspondientes notas no se agregaron al expediente clínico, por lo que existe la posibilidad de que sí se haya proporcionado, lo cual potenció el efecto depresor y por consecuencia el paro cardiorespiratorio.
6. No es factible que un paro cardiorespiratorio de minuto y medio haya provocado el daño neurológico que presentó la víctima.
7. Aunque no se ha establecido médicamente el límite exacto de tiempo para determinar cuándo se producirá una lesión cerebral irreversible, se ha observado que una reanimación inmediata puede revertir la muerte clínica y la muerte cerebral. En este caso, no se aplicó el Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar cuya finalidad es restaurar la circulación espontánea.
8. El médico anestesiólogo permaneció en el quirófano con la paciente durante el espacio de tres horas, asistida sólo con ventilación mecánica, sin dar reanimación orientada al cerebro.
9. El cirujano pediatra incurrió en responsabilidad por omisión, por no solicitar la valoración de anestesiología previa la cirugía, lo cual está dentro de sus funciones.
10. La institución incurrió en responsabilidad al no contar con la sala perioperatoria dentro del área quirúrgica, donde se podía valorar con anterioridad a los pacientes, sobre todo a los llamados de "urgencia".

²⁵⁸ Anexo V. Caso P, evidencia 147.

Por consecuencia, se acredita que desde la valoración preanestésica, no se cumplió con el correspondiente deber de cuidado que debió observar el médico anestesiólogo para el caso en particular, situación que se agravó cuando se detectó que la víctima incurrió en paro cardiorespiratorio, toda vez que no se intentó revertir esta problemática intentando la reanimación cardiopulmonar. Vulnerando con esto el derecho a la vida de la víctima en correlación con el derecho a la salud.

VI.3.18. Caso Q. Expediente CDHDF/II/122/CUAUH/09/D2753.

Esta investigación fue iniciada de oficio por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, luego de que en la estación de *Radio Centro*, en la emisión del programa Formato 21, a las 12:15 horas del 28 de abril de 2009 se informó que una niña había fallecido²⁵⁹, debido a que se sospechaba un posible cuadro de influenza.²⁶⁰ Posteriormente se logró por parte de esta Comisión contactar al padre de la víctima, quien informó que llevó a su hija al Centro de Salud T-III "Luis Mazotti Galindo", adscrito a los Servicio de Salud del Distrito Federal en la Delegación Iztacalco, debido a que presentaba temperatura de 38º C. y dolor en la pierna derecha, sin embargo, la valoración inicial fue que la niña presentaba dolor por causa de su crecimiento y fiebre por los cambios de clima. Debido a que le dolor no cedió, acudieron al Hospital Pediátrico Peralvillo, donde se brindó tratamiento para una lesión en el fémur, regresándola a su domicilio porque existía la sospecha de que había adquirido el virus de la influenza. Una vez en su casa, la niña falleció.²⁶¹

Del análisis a los informes proporcionados por la autoridad, así como del expediente clínico, se observaron las siguientes inconsistencias:

1. No se realizó una valoración médica oportuna y adecuada a la paciente en el Centro de Salud T-III "Luis Mazotti Galindo", por lo siguientes motivos:²⁶²
 - El Centro de Salud tenía tres meses sin contar con técnico radiólogo, de ahí que no se realizara la radiografía de la extremidad derecha de la niña agraviada.
 - La nota médica de la atención del Centro de Salud T-III, no registra los signos vitales de la niña agraviada, solamente menciona la temperatura, vulnerando con ello lo instruido en el numeral 6.1.2., de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Tampoco se solicitaron estudios para conocer el origen de la fiebre. Si bien es cierto que se trata de un síntoma que se auto limita y generalmente cura sin complicaciones; también es cierto que en este caso, debido a la deficiente semiología sobre la aparición de la fiebre, no se contó con la posibilidad de ubicar su verdadero origen.
 - Al no poder contar con los estudios radiográficos para conocer el motivo del dolor en la pierna derecha de la niña agraviada, se debió solicitar apoyo una de unidad médica que si contara con estos insumos para poder establecer un diagnóstico oportuno.

²⁵⁹ Anexo V. Caso Q, evidencia 149.

²⁶⁰ Anexo V. Caso Q, evidencia 149.

²⁶¹ Anexo V. Caso Q, evidencia 1149.

²⁶² Anexo V. Caso Q, evidencia 159.

2. Por parte del Hospital Pediátrico Peralvillo, se desprende que no se le brindó a la víctima una atención médica adecuada y oportuna, por los siguientes motivos:²⁶³

- No se encontró asentado en las notas médicas del Hospital Pediátrico Peralvillo, el resultado de la exploración física del área cardiopulmonar, en una paciente que presentaba sintomatología respiratoria, lo que no está de acuerdo con lo mencionado en la Norma Oficial NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico en sus numerales 7.1.4. y 6.1.2., así como de la literatura médica consultada respecto a la exploración física.²⁶⁴
- Se incumplió con lo descrito en la Guía de Manejo de Influenza AH1N1, elaborada por la Secretaría de Salud Otoño Invierno 2009, respecto al tamizaje de pacientes con cuadros respiratorios. Lo anterior en el contexto de la contingencia sanitaria de la influenza AH1N1, por lo que era necesario diagnosticar con una exploración médica exhaustiva o con estudios de gabinete lo que estaba sucediendo en el sistema respiratorio de la víctima, debido al contexto (contingencia sanitaria por la influenza AH1N1) en el que se desarrollaba la sintomatología de la paciente.²⁶⁵
- La sintomatología que presentaba la niña agraviada: taquipnea, irritabilidad, fiebre, faringe hiperémica, no fueron integrados en un diagnóstico clínico. No se realizó discusión médica alguna sobre el probable origen de dichos síntomas, incumpliendo con ello los medios diagnósticos que la ciencia médica ofrece; en este caso, estudios de laboratorio para descartar o confirmar el cuadro respiratorio que la paciente presentó, en un contexto de contingencia sanitaria por la Influenza AH1N1.

Por otra parte, en lo que concierne a la causa de la muerte, originalmente el entonces Servicio Médico Forense, en la necropsia indicó que el fallecimiento se debió a una pleuroneumonía.²⁶⁶ Posteriormente, con los estudios histopatológicos realizados al cuerpo de la niña agraviada Q, se menciona que la causa de la muerte fue un cuadro séptico,²⁶⁷ debido a un proceso infeccioso diseminado que afectó el pulmón, el corazón, la piel, las meninges, el corazón y el hígado, así como datos de neumonía y meningitis aguda.

En este punto es importante mencionar que al momento de ser valorada la niña agraviada en el Hospital Pediátrico Peralvillo, presentaba fiebre, taquipnea, faringe hiperémica, irritabilidad y lesiones maculopapulares; sin embargo, a pesar de estos antecedentes, solamente se realizó una radiografía simple de cadera, incumpliendo los médicos tratantes de este hospital, con su obligación de medios al no hacer la semiología ni la valoración médica de los signos mencionados. En este contexto, tampoco aparece en el expediente clínico, que se haya valorado la frecuencia cardíaca.

²⁶³ Anexo V. Caso Q, evidencias 159.

²⁶⁴ El numeral 7.1.4., respecto a las Notas Médicas de Urgencias, se menciona que éstas deben contener: Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso. El numeral 6.1.2., menciona que la exploración física debe contener: Habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), así como datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.

²⁶⁵ En la Guía de Manejo de Influenza AH1N1, se menciona que si después de primer contacto con las y los pacientes, se observaban síntomas respiratorios, se les debía enviar a consulta en el área de urgencias, y si existía sospecha de influenza con datos de alarma, se les debía otorgar tratamiento con hospitalización, suministro de Oseltamivir, así como el tratamiento médico requerido y específico para cada caso.

²⁶⁶ Anexo V. Caso Q, evidencia 151.

²⁶⁷ Anexo V. Caso Q, evidencia 153.

Si bien es cierto la niña agraviada presentaba los síntomas propios de una enfermedad exantemática (enfermedad producida por virus), también lo es que la enfermedad se presentó en el contexto de una contingencia sanitaria como lo fue la Influenza AH1N1, por ello era procedente llevar cabo las medidas señaladas en la Guía de Manejo de Influenza AH1N1.

De esta manera, se dejó un espacio de 10 horas entre la última atención médica brindada a la niña, (12:30 horas del día 27 de abril de 2009) y la hora de defunción (22:00 horas del 27 de abril de 2009).

Con los datos anteriores, se puede mencionar que basándose en la fisiopatología de la infección, así como lo reportado por el entonces Servicio Médico Forense del Distrito Federal, existe consistencia entre la mala atención médica recibida por parte del Hospital Pediátrico Peralvillo (con el antecedentes del Centro de Salud T-III "Luis Mazotti Galindo"), y la falta de un diagnóstico oportuno, en una paciente con antecedentes de infección de vías respiratorias, misma que no fue valorada médicamente de forma adecuada y apegada a lo descrito en la literatura médica consultada; lo que finalmente ocasionó la muerte de la niña agraviada de acuerdo a lo reportado por el ahora Instituto de Ciencias Forenses del Distrito Federal.

Tomando en consideración que la omisión de medios diagnósticos por parte de los médicos tratantes del Centro de Salud T-III "Luis Mazotti Galindo" y del Hospital Pediátrico Peralvillo impidió realizar un diagnóstico oportuno en la niña agraviada, la cual ya presentaba características clínicas compatibles con una infección en las vías respiratorias superiores y con ello se le privó de recibir un tratamiento médico oportuno.

VI.4. Violaciones al derecho a la integridad personal, en particular a no ser sometidos a tratos crueles, inhumanos o degradantes.

El derecho a la integridad personal de las niñas y de los niños se define como su prerrogativa para ser protegidos contra actos u omisiones que puedan afectar su salud física o mental, su normal desarrollo o su derecho a la educación, e incluye aspectos como:

- A. **El descuido, la negligencia, el abandono, el abuso emocional, físico y sexual.**
- B. La explotación, el uso de drogas y enervantes, el secuestro y la trata.
- C. Conflictos armados, desastres naturales, situaciones de refugio o desplazamiento, y acciones de reclutamiento para que participen en conflictos armados.²⁶⁸

En el contexto del presente instrumento recomendatorio, el derecho a la integridad personal de las niñas y de los niños se hace presente cuando por acción u omisión en la atención médica proporcionada a las niñas y niños agraviados, se les provocan sufrimientos innecesarios y en algunos casos la discapacidad o la muerte.

La Jurisprudencia de la Corte Interamericana de los Derechos Humanos, ha establecido que el derecho a la integridad personal se encuentra estrechamente vinculado con el derecho a la vida y a

²⁶⁸ Artículo 21 de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. (Negritas fuera del texto original).



la atención de la salud, teniendo la autoridad estatal la obligación de supervisar que conforme a la normatividad de cada Estado, se supervise que en la prestación de los servicios de salud, se cuide el derecho a la vida y la integridad de las personas:

La Corte ha reiterado que el derecho a la vida es un derecho fundamental cuyo goce pleno constituye una condición para el ejercicio de todos los derechos. La integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana. A su vez, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana. Asimismo, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público (artículo 10).²⁶⁹

La Corte ha manifestado que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y la integridad personal. Para todo ello, se requiere de la formación de un orden normativo que respete y garantice efectivamente el ejercicio de sus derechos, y la supervisión eficaz y constante sobre la prestación de los servicios de los que dependen la vida y la integridad de las personas.²⁷⁰

En el artículo 3º, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se establece que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su artículo 7, establece que nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; mientras que la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en sus artículos 5.1. y 5.2., prescribe que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral, y que nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

La Declaración sobre los Derechos del Niño, señala en el artículo 37, inciso a), que los Estados partes velarán porque ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece en el artículo 16, que nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento, otorgando con ello, el derecho a que ninguna persona, sobre todo cuanto son personas menores de 18 años de edad, sean víctimas de vulneración a su integridad física.

La Ley de Salud del Distrito Federal, aunque no señala de manera directa la protección a la integridad física y psicológica de las personas usuarias al momento de impartirles los servicios de atención médica y cuidado de la salud, si es clara, al establecer en su artículo 4º, que dentro del derecho a la protección a la salud, existen lineamientos consagrados a la protección de la integridad física y psicológica de éstas:

²⁶⁹ Corte IDH. *Caso Albán Cornejo y Otros vs. Ecuador*. Sentencia del 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C. No. 171. Párr. 117.

²⁷⁰ Corte IDH. *Caso Albán Cornejo y Otros vs. Ecuador*. Sentencia del 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C. No. 171. Párr. 121.

“Para los efectos de la presente Ley, el derecho a la protección a la salud tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del individuo, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud”.

La Ley de los Derechos de las Niñas y de los Niños en el Distrito Federal, prescribe en el artículo 5, fracción VIII, de manera enunciativa, más no limitativa, las niñas y niños en el Distrito Federal tienen el derecho a no ser sometidos a castigo corporal, tratos crueles, inhumanos o degradantes, observando especialmente su desarrollo emocional y psicológico, en todos los entornos.

Concatenando el derecho a la integridad física en el ámbito de la atención a la salud, el artículo 21, de la misma Ley en comento, obliga a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a diseñar políticas de prevención para evitar situaciones de riesgo para la integridad física de las niñas y de los niños, mismo que por razones obvias, deben contemplarse desde la misma atención a la salud en los hospitales, clínicas y centros de salud, en el Distrito Federal.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal diseñará, en concordancia con el Programa Nacional de Salud, políticas y programas en materia de salud integral de las niñas y niños, tendientes a prevenir enfermedades endémicas y epidémicas, a la desnutrición, accidentes o situaciones de riesgo para su integridad física, psicológica y social. Estas políticas tendrán por objeto:

- I. Reducir la mortalidad infantil;
- II. Asegurar la prestación de la asistencia médica necesaria;
- [...].

Por último, cabe preguntar por qué en este instrumento recomendatorio, se catalogan violaciones a la integridad física de las niñas y niños en materia de salud, como tratos crueles, inhumanos o degradantes.

En un primer orden ideas, la Observación General número 2, del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas denominado: *El papel de las instituciones nacionales independientes de derechos humanos en la promoción y protección de los derechos del niño*, exige en el numeral número 9, que las instituciones del Estado en materia de derechos humanos, realicen una labor exhaustiva en materia de promoción y defensa de los derechos humanos.

Se deben conferir a las instituciones nacionales las facultades necesarias para que puedan desempeñar su mandato con eficacia, en particular la facultad de oír a toda persona y obtener cualquier información y documento necesario para valorar las situaciones que sean de su competencia. Tales facultades han de comprender la promoción y protección de los derechos de todos los niños que estén bajo la jurisdicción del Estado Parte en relación no sólo con el Estado sino también con todas las entidades públicas y privadas pertinentes.

Por otra parte, el Informe del Relator Especial sobre la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes, Juan E. Méndez, de fecha 1 de febrero de 2013, en los párrafos 23 y 24, señala lo siguiente:

23. El Comité contra la Tortura interpreta que las obligaciones de los Estados de prevenir la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes (malos tratos) son indivisibles e interdependientes y están relacionadas entre sí porque "las condiciones que dan lugar a malos tratos suelen facilitar la tortura". Ha establecido que "los Estados Partes deben prohibir, impedir y castigar los actos de tortura y los malos tratos en todas las situaciones de privación o de limitación de libertad, por ejemplo, en las cárceles, los hospitales, las escuelas, las instituciones que atienden a niños, personas de edad, enfermos mentales o personas con discapacidades, así como durante el servicio militar y en otras instituciones y situaciones en que la pasividad del Estado propicia y aumenta el riesgo de daños causados por particulares".

24. De hecho, la obligación del Estado de prohibir la tortura se aplica no solo a funcionarios públicos, como por ejemplo los encargados de hacer cumplir la ley, sino que también puede aplicarse a los médicos, los profesionales de la salud y los trabajadores sociales, incluidos los que trabajan en hospitales privados, y en otras instituciones y centros de detención. Como destacó el Comité contra la Tortura, la prohibición de la tortura debe hacerse cumplir en todo tipo de instituciones y los Estados deben ejercer la debida diligencia para impedir, investigar, enjuiciar y castigar las infracciones cometidas por sujetos privados o agentes no estatales".

De esta manera, si se toma en cuenta que la definición de tortura recogida en el artículo 1, párrafo 1, de la Convención contra la Tortura, recoge al menos cuatro elementos esenciales como son:

1. Infligir dolores y sufrimientos graves;
2. Que sean dolores o sufrimientos físicos o mentales;
3. En los que intervenga un agente estatal o con la aquiescencia de dicho agente estatal (funcionario y/o servidor público).
4. Que sean intencionales dicho actos.

Ahora bien, el artículo 16, de la referida Convención contra la Tortura, especifica que los actos que no se ajusten a esta definición, [sobre todo en el rubro de la intencionalidad], se constituyen como actos crueles, inhumanos o degradantes.

Considerando la definición de salud, como la enmarca la Organización Mundial de la Salud (OMS), que 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 (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948, en la cual, se define que la salud es: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Y que, de acuerdo a las directrices de la OMS sobre el tratamiento del dolor en niños con enfermedades médicas, el dolor en los niños es un problema de salud pública de gran importancia en casi todo el mundo y, aunque existen conocimientos y medios para aliviarlo, es frecuente que el

dolor de los niños no se reconozca, se ignore o incluso se niegue.²⁷¹

En este punto, es importante señalar una definición de dolor: La Asociación internacional para el Estudio del Dolor, lo define como una experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un daño tisular, real o potencial, o que se describe en términos de ese daño.²⁷² A esta definición, es menester agregar que para la población pediátrica, la incapacidad de comunicarse verbalmente, no niega la posibilidad de que un paciente esté sufriendo dolor y necesite un tratamiento analgésico apropiado.^{273,274}

Si bien es cierto, el dolor y la medición del mismo, se encuentran dentro de un plano subjetivo, es de importancia señalar que por sí solo, es capaz de desencadenar respuestas fisiológicas y psicológicas con consecuencias significativas y para toda la vida en las y los pacientes pediátricos.^{275, 276}

Ahora bien, el dolor es un síntoma²⁷⁷ de un proceso patológico. En pacientes pediátricos que no pueden expresar verbalmente dicha molestia, existen algunas escalas como la Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) y la Neonatal Facial Coding System (NFCS)²⁷⁸, por lo que, el dolor es valorable y clasificable a pesar de ser subjetivo. Y si bien es cierto que el dolor puede proveer datos de importancia al primer contacto con el paciente, también es cierto que si el dolor es de etiología desconocida, pero cuya presencia no vaya a aportar valor diagnóstico, debe ser tratado sintomáticamente.²⁷⁹ Por lo anterior, se encuentra de relevancia médica el diagnóstico y tratamiento médico del dolor.

Por esta razón, si se toma en consideración que en los actos médicos aquí analizados hubo dolores y sufrimientos físicos graves e innecesarios, cometidos ya sea por acción u omisión de agentes estatales como son las y los servidores públicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, es que se califica este rubro como actos crueles, inhumanos o degradantes.

A continuación, se enumeran los casos en los que se presentó la violación al derecho humano a la integridad personal, en particular al derecho a no ser sometidos a tratos crueles, inhumanos o degradantes:

²⁷¹ Organización Mundial de la Salud, directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas, publicado en http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/3PedPainGLs_coverspanish.pdf

²⁷² 2. Loeser JD, Treede RD. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*, 2008, 137:473-477.

²⁷³ Merskey H, Bogduk N, eds. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms, 2nd ed. Seattle, WA, International Association for the Study of Pain (IASP) Press, 1994.

²⁷⁴ María Ana Tovar, Dolor en Niños, *Colomb Med* 2005, Vol. 36 N° 4 (Supl 3), 2005 (Octubre-Diciembre), pp. 62-68.

²⁷⁵ Franck LS, Greenberg CS, Stevens B. Pain assessment in infants and children. *Pediatr Clin North Am* 2000; 47: 487-512.

²⁷⁶ Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, Curso de Formación Continuada en Dolor en Pediatría, España 2008, publicada en http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/01/DOLOR_Valoracion.pdf.

²⁷⁷ Argente, Álvarez, *Semiología médica, Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica*, Editorial Médica Panamericana, Argentina 2005, pp. 4, refiere que: Síntoma es una manifestación subjetiva de enfermedad, es decir, la percibida exclusivamente por el paciente y que el médico puede describir por el interrogatorio.

²⁷⁸ Gómez-Gómez Manuel y Danglot-Banck Cecilia, Dolor en el niño recién nacido hospitalizado, *Rev Mex Pediatr* 2007; 74(5); 222-229

²⁷⁹ Casanova JT y cols, Tratamiento del dolor agudo en el niño: analgesia y sedación, Asociación Española de Pediatría, publicado en https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trat_dolor_agudo.pdf.

VI.4.1. Caso D. Expediente CDGHDF/III/121/COY/12/D6098.

En el caso D, se trata de una niña a quien se le diagnostica una enfermedad en los ganglios, cuando en realidad padecía de apendicitis; se documentaron dos momentos en los cuales hubo retardos que infirieron en la atención médica, los cuales a su vez generaron el sufrimiento innecesario de la víctima.

El primero de ellos, fue al momento de elaborar el diagnóstico, debido a que no se realizó un ultrasonido abdominal por falta de tiempo, generando una ausencia de diagnóstico oportuno de la paciente. La solicitud para realizar el ultrasonido se encuentra en el expediente clínico firmado por una doctora, sin embargo, no se sabe cuál fue la causa precisa para no llevar a la paciente al servicio de ultrasonido.²⁸⁰

El segundo retardo, ocurrió al momento de realizar la intervención quirúrgica (apendicectomía) por la falta de anestesiólogo y de quirófano (tiempo quirúrgico), atribuible al Hospital Pediátrico Coyoacán, lo cual implica una responsabilidad institucional. Por lo anterior, al no existir una atención médica oportuna y de calidad, se puso en riesgo su vida y se le ocasionó un sufrimiento innecesario a la víctima.²⁸¹

Si bien es cierto que el daño (apéndice perforado y sepsis abdominal) fueron controlados oportunamente, también es cierto que se sometió a la víctima a un riesgo innecesario; esto secundario a la *falta de tiempo* en el área de urgencias y a la falta de tiempo quirúrgico en el Hospital Pediátrico Coyoacán.

VI.4.2. Caso E. Expediente CDHDF/III/122/CUAUH/12/D1694.

En el caso E, el cual trata sobre una niña que sufre quemaduras cuando se le estaba bañando por parte del personal de enfermería del Hospital Pediátrico Peralvillo, se acreditó que la víctima presentó cicatrices de quemaduras de primer y segundo grado en el tórax posterior, región lumbar, glúteos, genitales y extremidades pélvicas, que por sus características, son consistentes en que su origen fue de tipo externo; por su localización, distribución, y demás características se pudo establecer médicamente que son consistentes con el hecho de que fueron producidas por terceras personas de manera no intencional, y se descarta que hayan sido auto-infligidas.²⁸²

En este tenor, existen dos versiones acerca de los hechos. La primera es la de una enfermera y sus compañeros, en el sentido de que pudo haber existido mal funcionamiento de las instalaciones del baño artesa; que la bebé tenía un problema neurológico por el cual no expresó dolor y molestia por al agua caliente; y, que la madre no cooperó con la enfermera al momento de bañar a la bebé.²⁸³

²⁸⁰ Anexo V. Caso D, evidencias 19 y 20.

²⁸¹ *Ibidem*.

²⁸² Anexo V. Caso E, evidencia 26.

²⁸³ Anexo V Caso E, evidencias 23, 24 y 25.

La versión de la madre, es que hubo un momento de descuido por parte de la enfermera, la cual, recargó su cuerpo sobre una de las llaves del baño artesa, provocando que saliera más agua caliente de lo normal, y que la niña reaccionó posteriormente con un quejido.²⁸⁴

Sin embargo, en el peritaje realizado por el especialista en instalaciones hidráulicas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, señaló que no existía irregularidad alguna en el mueble del baño artesa y en sus instalaciones.²⁸⁵ En este orden de ideas, del dicho de la enfermera, se observa que no cumplió con los lineamientos del Manual de Técnicas de Enfermería en Pediatría para el baño de artesa;²⁸⁶ no se observó en el expediente clínico de la víctima que padeciera de un problema neurológico, sino más bien de una enfermedad en su sistema respiratorio;²⁸⁷ de la misma documentación proporcionada en el Hospital Pediátrico Peralvillo, la responsabilidad de garantizar la seguridad de la bebé, no recae en la madre, sino en la enfermera que la bañó.²⁸⁸

Estas evidencias, aunadas al hecho de que en el análisis realizado por el personal médico de la CDHDF, se detectó que existió consistencia entre las lesiones descritas con la mecánica de producción señalada por la madre en la narración de los hechos, y en las respuestas al interrogatorio clínico indirecto realizado por el médico de este Organismo, acreditan que la niña agraviada E, fue objeto del sufrimiento innecesario propio de quemaduras de primer y segundo grado en su organismo, por la falta de cuidado por parte de una enfermera, generándole la vulneración a su derecho a la integridad física.

VI.4.3. Caso G. Expediente CDHDF/III/122/VC/12/D0445.

En el caso G, relacionado con un niño a quien se le amputó el brazo derecho, por falta de seguimiento a una venoclisis, falleciendo posteriormente, se observó por parte del personal médico de la CDHDF, lo que a continuación se describe:²⁸⁹

- Del procedimiento de venodisección axilar derecha se presenta un evento adverso el cual ocasiona como daño a una lesión vascular.
- Dicha lesión vascular no es valorada de forma oportuna ni adecuada. Esa falta de valoración ocasiona que el daño isquémico evolucione sin que se brinden los medios para su diagnóstico y/o tratamiento oportuno.
- Posteriormente no se siguió lo estipulado en los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y área conurbada del Estado de México, ni en lo mencionado en la literatura médica consultada, para canalizarlo oportunamente y con la documentación acerca de la atención médica proporcionada en el Hospital Pediátrico La Villa.

²⁸⁴ Anexo V. Caso E, evidencia 26.

²⁸⁵ Anexo V. Caso E, evidencias 27 y 28.

²⁸⁶ Anexo V. Caso E, evidencias 24 y 25.

²⁸⁷ Anexo V. Caso E, evidencia 26.

²⁸⁸ Anexo V. Caso E, evidencia 25. El documento se denomina: Programa "Por tu Salud, Todo el Tiempo Contigo"

²⁸⁹ Anexo V. Caso G, evidencia 44.

- La falta de oportunidad en la valoración vascular, ocasionó un retraso en la atención médica específica para el padecimiento en cuestión (esto es el daño vascular). Dicho retraso, provocó que el tiempo de isquemia de la extremidad derecha fuera mayor y con esto se disminuyeron las probabilidades de que la reperusión de dicha extremidad fuera exitosa. Cabe mencionar que el área de enfermería del Hospital Pediátrico Moctezuma, refieren en sus notas, que desde que se concluyó el procedimiento de venodisección axilar derecha, se presentan los datos de isquemia en dicha extremidad, por lo que, la omisión fue médica.
- El incremento en el tiempo de isquemia de la extremidad superior derecha, ocasionó que la evolución no fuera exitosa, y con ello un daño, esto es: la amputación de la extremidad.
- Las condiciones clínicas de la extremidad torácica derecha, posterior al evento adverso y antes de la amputación, condicionaron un foco séptico, así como alteraciones metabólicas que contribuyeron a la mala evolución general del paciente.

En este punto del análisis, es importante mencionar lo siguiente: la venodisección no es un procedimiento a ciegas, se utiliza para visualizar vasos sanguíneos y canalizarlos. En este sentido, no fue un incidente asociado al procedimiento de la venodisección en sí misma, se trató de un incidente asociado al procedimiento de la referida venodisección.

- Aunado a lo anterior, si se toman en cuenta las anotaciones médicas del expediente clínico del Hospital Pediátrico Moctezuma, del día 23 de enero de 2012, el niño agraviado se encontró sin el efecto analgésico por un lapso de dos horas anteriores a su traslado y durante el mismo, así como en el tiempo en que se realizó el estudio Doppler y su traslado posterior al Hospital General de México.

Todas estas consecuencias que generaron una situación adversa, no solamente fueron un factor coadyuvante en el proceso séptico, también quedó acreditado que ocasionó un sufrimiento y estrés en el niño agraviado, por causa de una serie de irregularidades médicas que son equiparables a los tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Estos agravios afectaron también a los familiares del niño, a tal grado que en una comparecencia ante este Organismo, solicitaron apoyo económico, porque no tenían dinero para financiar el material médico que se les solicitó en el Hospital General de México,²⁹⁰ lo anterior, les provocó dolor al ver que el brazo derecho de su menor hijo fue amputado²⁹¹ y posteriormente, vuelven a sufrir dolor al fallecer su hijo.

VI.4.4. Caso H. Expediente CDHDF/III/122/IJTAC/11/D6717.

El presente caso está vinculado con una niña, a quien se le reventó el apéndice, por el retardo para atenderla; se acreditó que el daño que tuvo la víctima por una apendicitis perforada, se pudo haber evitado, si el Hospital Pediátrico Iztapalapa, hubiera contado con el servicio de cirugía pediátrica. Dicha complicación, se caracteriza porque todo el material de pus que guarda el apéndice cuando se va inflamando, comienza a brotar, por donde se perforó el referido órgano. Esto también puede

²⁹⁰ Anexo V. Caso G, evidencia 39.

²⁹¹ Anexo V. Caso G, evidencia 45.

dar lugar a una infección en el peor de los casos y una peritonitis, que se traduce en la irritación de la membrana que cubre el abdomen por dentro, llamado peritoneo.²⁹²

La responsabilidad institucional de no contar con médico cirujano pediatra en el turno vespertino del día 5 de noviembre de 2011, generó actos crueles, inhumanos y degradantes, en agravio de la niña, por el dolor innecesario que sufrió mientras esperó ser atendida.

VI.4.5. Caso J. Expediente CDHDF/III/122/CUAUH/11/D2600

En este caso los hechos se relacionan con una niña de 1 año 10 meses de edad, que se encontraba ingresada en el Hospital Pediátrico Peralvillo, por causa de una bronqueolitis, la cual se atoró entre el colchón y la cuna.

En el caso, la opinión médica del personal de la CDHDF, señala que la víctima sufrió un evento adverso, producto de que el personal de enfermería no cumplió con sus obligaciones de seguridad para evitar la caída que le produjo un traumatismo craneoencefálico, lo que ocasionó los sufrimientos que derivan de un golpe severo en la cabeza para una niña de 1 año con 10 meses de edad, y con ello las complicaciones posteriores hasta su muerte.²⁹³

A esta anomalía, se agrega el hecho de que la atención brindada en el Hospital Pediátrico Peralvillo, posterior a la caída, no fue adecuada ni oportuna, toda vez que no se le practicaron los estudios de diagnóstico oportuno que le permitieran recibir a la niña un tratamiento específico para su patología. La carencia de un gabinete específico y de una unidad de cuidados intensivos, retrasa la referencia un promedio de 12 horas, en el cual, la niña agravada sufrió las consecuencias de la caída sin que se haya hecho alguna acción terapéutica adecuada para salvarla de dicho sufrimiento.²⁹⁴

El testimonio de la madre, sobre la información que le fue proporcionada en el Hospital Pediátrico de Legaria,²⁹⁵ es clave para acreditar dichos sufrimientos consecuencia de hechos equiparables a los tratos crueles, inhumanos o degradantes, debido a que va mencionando como en el transcurso de 4 días, la salud de la niña agravada se va degradando, hasta morir el día 3 de mayo de 2011, en presencia de sus progenitores.

VI.4.6. Caso K. Expediente CDHDF/III/122/AZCAP/11/D2523.

Este caso versa sobre un niño que falleció en el Hospital Pediátrico de Azcapotzalco, siendo que se la había diagnosticado gastroenteritis, tanto en ese nosocomio como en un centro de salud, cuando en realidad padecía de edema pulmonar; este Organismo, encontró que al niño se le suministró el tratamiento para la gastroenteritis sin la debida semiología, recetándole antibiótico de manera empírica, ya que se le suministró medicina para la diarrea, cuando no se menciona en el expediente clínico que el niño padeciera de la misma.²⁹⁶

²⁹² Anexo V. Caso H, evidencia 49.

²⁹³ Anexo V. Caso J, evidencia 63.

²⁹⁴ Íbidem.

²⁹⁵ Anexo V. Caso J, evidencia 58.

²⁹⁶ Anexo V. Caso K, evidencia 70.

Mientras se le aplicaba este tipo de tratamiento, de manera paralela el niño presentó un padecimiento de edema pulmonar que le provocó sufrimiento en los últimos días de su vida, vulnerando con ello su integridad física.²⁹⁷

Aunque no se pudo establecer un nexo causal entre la mala práctica médica con la muerte de la víctima, también lo es, que en el contexto sintomatológico que estaba viviendo el niño, se le generó la molestia correspondiente a los síntomas de una enfermedad que se había presentado desde el 19 de abril de 2011, que no fue combatida ni en el Centro de Salud T-III Dr. Manuel Cárdenas, ni en el Hospital Pediátrico Azcapotzalco, permaneciendo así durante 4 días, hasta que el 22 de abril, falleció por causa de una broncoaspiración, misma contingencia que si bien no se puede atribuir a la enfermedad, sí se dio en un contexto de dolor y sufrimiento que estaba padeciendo sin ser atendida debidamente en su problema de salud, con esta omisión, se le generaron tratos crueles, inhumanos o degradantes en los últimos días de su vida.²⁹⁸

VI.4.7. Caso L. Expediente CDHDF/III/122/MHGO/11/D2520.

En este caso a una niña de 5 meses de edad, le fue amputado el brazo izquierdo después de que fue internada en el Hospital Pediátrico Tacubaya, por causa de una bronconeumonía. Se acreditó que la omisión de mantenerla en estrecha vigilancia, generó un mecanismo fisiopatológico que a continuación se describe:²⁹⁹

1. Una solución endovenosa que contenía gluconato de calcio, cloruro de potasio, difenilhidantoina y solución glucosada, entre otras sustancias, se infiltró en la mano y antebrazo derecho.
2. Ello provoca Síndrome Compartimental, es decir, falta de oxígeno y nutrientes que llevaron a secuencias morfológicas y funcionales de la muerte muscular y nerviosa de su mano y antebrazo derecho, adicional a que sólo se tenía a una médica pediatra para consulta y seguimiento de pacientes.
3. Dicha isquemia condujo a la necrosis de los tejidos adyacentes, es decir, de la parte distal del miembro torácico izquierdo.
4. La necrosis condujo irremediablemente a la amputación de la parte distal del miembro torácico izquierdo, desde la unión del tercio medio con el tercio distal.

Esta anomalía generó que a la niña agraviada quien ingresó al referido nosocomio por insuficiencia respiratoria y otras complicaciones relacionadas con este padecimiento, terminara con otra patología distinta a la original, generándole un agravio mucho mayor, porque quedó con una discapacidad permanente al sufrir la amputación de la mano izquierda y parte de su antebrazo. Aunado a lo anterior, el dolor que sufrió la niña de 5 meses y medio, nacida a causa del síndrome compartimental y la posterior amputación de parte del miembro torácico derecho, tipifica la presencia de tratos crueles, inhumanos y degradantes en su agravio.

²⁹⁷ Anexo V. Caso K, evidencias 69 y 70.

²⁹⁸ Anexo V. Caso K, evidencia 70.

²⁹⁹ Anexo V. Caso L, evidencia 83.

VI.4.8. Caso M. Expediente CDHDF/III/122/AO/10/D8852.

En el caso de una mujer que acudió al Hospital General Gregorio Salas, para recibir la atención ginecológica y obstétrica, que le fue negada previamente en el Hospital General Enrique Cabrera y en el Hospital Materno Infantil de Cuajimalpa, se observaron los siguientes actos en agravio de ella y su bebé recién nacido:

1. En su testimonio, la madre refirió que estuvo internada en el Hospital General Gregorio Salas, desde el día 6 de diciembre de 2010, sin que nadie la atendiera cuando se encontraba en trabajo de parto, a tal grado que sólo acudieron a ayudarla cuando expulsó a su bebé, sin que fuera enviada a alguna área específica para tales fines. Al respecto, es creíble la versión de la peticionaria, en el sentido de que las enfermeras, en sus testimonios ante este Organismo, no refieren nada sobre la atención brindada a la madre antes de que expulsara a su bebé, aunado a que una enfermera, confirmó que ésta ocurrió en una cama del área de labor y no en la sala de expulsión.³⁰⁰

2. La cavidad uterina de la persona agraviada, no fue revisada y limpiada sino hasta 7 horas y media después de haber expulsado al bebé, sin que hubiera existido una justificación médica para ese retardo.³⁰¹

3. El acto más grave, se encuentra en el hecho de que al ser expulsado el bebé del vientre materno, no se le brindó ninguna atención pediátrica, procediendo la doctora, a depositarlo en una bolsa y después en una cubeta asignada para colocar los desechos orgánicos, ubicándolo posteriormente en el área de patología que se encontraba en condiciones insalubres y de frío por espacio de 5 horas.³⁰²

4. Agrava esta situación, el hecho de que el personal de vigilancia de ese nosocomio, avisó a la enfermera que el bebé estaba vivo, sin que hiciera algo; a decir de la madre, se durmió y fue hasta que los policías dieron aviso al superior jerárquico de la doctora, que se le retiró del área de patología a donde fue enviado.³⁰³

Esta serie de hechos configuran los actos crueles, inhumanos o degradantes, que a diferencia de otros casos aquí planteados, una vez que nació el bebé agraviado y fue enviado al área de patología, no existió un esquema de omisión, sino al contrario, se presenta el acto volitivo de no atender médicamente al niño e intentar dejarlo morir, cuando en la madrugada del 7 de diciembre de 2010, en el Hospital General Dr. Gregorio Salas, la doctora decidió que no era conveniente atenderlo bajo el argumento que no era viable, cuando su edad gestacional le permitía una oportunidad de sobrevivir como finalmente ocurrió.

VI.4.9. Caso N. Expediente CDHDF/III/121/VC/10/D2772.

En este caso a un niño, no se le diagnostica de manera correcta y oportuna un problema de salud en el apéndice, provocando con ello mayores complicaciones médicas, para después darlo de alta

³⁰⁰ Anexo V. Caso M, evidencias 90 y 98

³⁰¹ Anexo V. Caso M, evidencias 89 y 108.

³⁰² Anexo V. Caso M, evidencias 98 y 108

³⁰³ Anexo V. Caso M, evidencia 98 y 108.



sin los estudios que así lo avalaran.

En el presente caso, la ausencia de una exploración exhaustiva al niño por parte del personal médico del Hospital Pediátrico Moctezuma, en la madrugada del 15 de abril de 2010, así como de los estudios que permitieran deducir que en realidad si padecía de un problema en el apéndice en lugar de una adenitis, retardaron la atención médica en un promedio de 24 horas, provocando que evolucionara el problema del apéndice, hasta que se abscedara.

A su vez, la respuesta antiinflamatoria derivada de tardanza para tratar la apendicitis favoreció la presencia de bridas que terminaron por obstruir los intestinos de la víctima, generándole sufrimientos innecesarios y el alargamiento de la estancia intrahospitalaria.

Dicha obstrucción intestinal, generó que se tuviera que realizar una ileostomía con gasto elevado a la víctima, para que pudiera depositar ahí sus desechos orgánicos, mientras funcionaban de manera correcta sus intestinos, situación que generó mucho desconcierto en sus padres, sobre todo porque en el expediente clínico se reporta que la ileostomía era de gasto elevado.

Aunado a lo anterior, todavía se generó un trato cruel, inhumano o degradante, cuando el 12 de mayo de 2010, se prescribió el alta médica, siendo que un día antes todavía había presentado una *mala evolución* y no se contaban con los resultados de los análisis clínicos que justificaran dicha alta, generando que el niño presentara una deshidratación y tuviera que ser hospitalizado nuevamente, llevando de nueva cuenta un proceso hospitalario que se extendió hasta el mes de julio de 2010.

VI.4.10. Caso Ñ. Expediente CDHDF/III/121/XOCH/10/D3114.

En el presente caso a un niño de tres años de edad, no se le realizaron estudios adecuados en el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, para obtener una valoración; el diagnóstico del padecimiento que presentaba fue de neumonía, lo que generó la aplicación de un tratamiento de manera empírica e inoportuna, que contribuyó a su fallecimiento.

En el caso, se acreditó la aplicación de un tratamiento empírico basado en esquemas de ensayo-error o acierto en tres ocasiones, para intentar combatir la enfermedad de carácter respiratorio que sufrió el niño agraviado.

El primer esquema de antibiótico se basó en penicilina sódica cristalina; el segundo esquema se basó en los antibióticos vancomicina y cefatoxime, al haber fallado este intento, era necesario referir al niño agraviado a un hospital de tercer nivel para darle un tratamiento más especializado.

A esta situación se agregó la problemática de que no se realizaron los estudios microbiológicos, así como de laboratorio y de gabinete que era necesario realizar. Un claro ejemplo de ello, fue que el 13 de mayo de 2010, se le solicitó al padre de la víctima que llevara por su propia cuenta, las muestras de inmunoglobinas séricas al INER.

Al conjugar el tratamiento empírico, secundario a la falta de oportunidad del laboratorio y gabinete además de la no referencia oportuna, contribuyó a la evolución tórpida de la salud del niño, desviándolo de un tratamiento adecuado que le permitiera la posibilidad de recuperar la salud,

generándole con ello, sufrimiento innecesario.

En cuanto a la carencia de ranitidina, no es posible señalar que la privación en el suministro de dicho medicamento al niño agraviado, haya influido en su fallecimiento, pero sí es posible deducir que le provocó un sufrimiento adicional, así como un tratamiento médico incompleto por parte del Hospital Pediátrico Xochimilco.

Otro rubro de sufrimiento innecesario que generó un acto cruel, inhumano o degradante, fue que necesitaba nutrición parenteral misma que debía ser suministrada por vía intravenosa, pero por falta de insumos, se le aplica un esquema de nutrición polimérica por sonda nasogástrica (que va de la nariz al estómago), a pesar de que el niño presentaba el abdomen distendido (abdomen hinchado por diversas causas siendo una de las principales, el alimento), y pobre nutrición por la vía oral. Esto generó una situación de dolor y de escasa alimentación en su organismo del paciente.

Por lo anterior, se configuró la violación al derecho a la integridad personal, en un contexto de sufrimiento innecesario y de actos crueles, inhumanos o degradantes.

En virtud de lo anterior, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal en los casos materia de Recomendación llega a la conclusión que la Secretaría de Salud del Distrito Federal violó el derecho a una vida libre de violencia, en relación al derecho de las personas a no ser víctimas de violencia institucional en el ámbito de la salud; el derecho a la vida en relación con el más alto nivel posible de salud y el derecho a la supervivencia y desarrollo; y el derecho a la integridad personal en relación a no ser víctima de tratos crueles, inhumanos o degradantes.

VII. Posicionamiento de la CDHDF sobre la violación a los derechos humanos.

Los datos publicados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), respecto a su Panorama de la Salud 2013, muestran que la oferta de los servicios de salud sigue siendo muy baja en México para los estándares de la OCDE. Esto crea verdaderas barreras al acceso efectivo a los servicios de salud. A pesar del gran incremento en el número de médicos desde 1990, México tenía 2.2 médicos por cada mil habitantes en 2011, uno menos que el promedio de la OCDE de 3.2. Habían 2.7 enfermeras por cada 1000 habitantes, tres veces menos del promedio de la OCDE de 8.8. El suministro de camas de hospital (1.7 por cada 1000 habitantes) es el más bajo de todos los países de la Organización y casi tres veces más bajo que el promedio de la OCDE. Para reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en todo el país, será necesario dirigir los recursos con mayor precisión hacia donde son más necesarios.³⁰⁴

Este Organismo desde su creación en el año 1993, a la fecha, ha emitido 44 Recomendaciones dirigidas a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, de las cuales, solamente dos no fueron aceptadas y 20 se encuentran pendientes de cumplimiento íntegro. En ellas se ha establecido la necesidad de que se contrate a personal médico especializado que permita atender los servicios de salud que la Secretaría de Salud oferta a la población.

³⁰⁴ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, publicado en las estadísticas de México en http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/Mexico_press%20release_5_espCZB-Final.pdf.



En el Distrito Federal, en el caso de Hospitales Pediátricos³⁰⁵ se cuenta con 9 Hospitales Pediátricos: Coyoacán, San Juan de Aragón, Peralvillo, Iztapalapa, Azcapotzalco, Tacubaya, Legaria, Iztacalco y Moctezuma. Son Hospitales que deben brindar atención médica a las personas menores de 18 años de edad. Entendiendo a la atención médica como un medio para la conservación y protección de la salud de las personas, involucrando actividades de prevención, curación y rehabilitación.³⁰⁶

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el Distrito Federal en el año 2010, residían 1 millón 937 mil 538 niños y niñas de 0 a 14 años de edad; lo cual en términos relativos corresponde al 22.4% de la población total.³⁰⁷

En casos vinculados con la presente Recomendación, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal preguntó a la Secretaría de Salud del Distrito Federal por la disponibilidad de Cirujanos Pediatras en dichos Hospitales al observar que violaciones descritas en la presente Recomendación se vinculan con falta de personal especializado en cirugía pediátrica, encontrando que, incluyendo a los Hospitales Materno Pediátricos, Hospitales Generales y a todos los hospitales pertenecientes a la red de atención de salud del Gobierno del Distrito Federal, son 62 médicos y médicas adscritos para un aproximado de 1 millón 937 mil 538 niños de 0 a 14 años de edad. Lo anterior, da como resultado que hay una persona médica Cirujana Pediatra por cada 31, 250 niños y niñas. La cifra anterior es un aproximado, ya que en el presente ejercicio hace falta el grupo etario de 14 a 17 años 11 meses.

Se observa que la cifra de personal médico Cirujano Pediatra es muy baja, considerando que las cifras ideales reportadas por la OCDE fue de 3.2 médicos por cada 1000 habitantes, en el año 2011 y la cifra a nivel nacional fue de 2,1 médicos por cada mil habitantes. Al respecto, es importante mencionar que, de acuerdo a las cifras referidas por el INEGI, la mayor densidad poblacional en el 2010, se registraban en las delegaciones: Milpa Alta (28.5%), Tláhuac (26.8), Cuajimalpa de Morelos (25.2) e Iztapalapa (24.9%) y, empatando las cifras brindadas en la respuesta brindada por la autoridad³⁰⁸, se documenta que en solo dos delegaciones: Cuajimalpa y Tláhuac, se cuenta con el servicio de Cirugía Pediátrica.

Con la circunstancia de que en el Hospital Materno Infantil Cuajimalpa, solo se cuenta con personal en cirugía pediátrica en el turno nocturno (19:00-06:00 horas) y en el Hospital Pediátrico Iztapalapa se cuenta con una persona cirujana pediatra solo por las mañanas (06:30-14:30). Analizando la respuesta de la autoridad, se observa que en solo dos hospitales de la red de salud se cuenta con personal en Cirugía Pediátrica en los tres turnos entre semana y fines de semana, dichos Hospitales son: Pediátrico de Moctezuma y General Ticomán. Algunos hospitales como son: Hospital Pediátrico Coyoacán, Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, Hospital Pediátrico San Juan de Aragón, Hospital Pediátrico Peralvillo, Hospital Pediátrico Iztapalapa, Hospital Pediátrico Azcapotzalco, Hospital Pediátrico Tacubaya, Hospital Pediátrico Legaria, Hospital Materno Infantil Cuajimalpa,

³⁰⁵ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en su capítulo V, artículo 96, refiere que un Hospital Pediátrico es: Todo establecimiento médico especializado que tenga como fin primordial la atención médica a menores de 18 años.

³⁰⁶ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

³⁰⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Estadísticas A Propósito Del Día Del Niño" Datos Del Distrito Federal, publicado el 30 de abril de 2012.

³⁰⁸ Anexo V, evidencia 160.



Hospital Pediátrico Iztacalco y Hospital General Rubén Leñero, no cuentan con personal en cirugía pediátrica en uno o más de sus turnos.

En el caso de los hospitales: Hospital Materno Infantil Topilejo, Hospital Materno Infantil Cuauhtepac, Hospital Materno Inguarán, Hospital Materno Infantil Nicolás M. Cedillo, Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras, Hospital Materno Infantil Tláhuac, Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, Hospital General Tláhuac, Hospital General Balbuena y Clínica Hospital Emiliano Zapata no se cuenta con el servicio de Cirugía Pediátrica. Cabe mencionar que, realizando la consulta de la página de Internet de los Hospitales que no cuentan con personal en cirugía pediátrica en uno o más de sus turnos, en el Portal de la Secretaría de Salud no se refiere como tal, solo se menciona que se cuenta con dicho servicio sin mencionar que no es un servicio que se brinde de manera continua en los tres turnos y fines de semana.

Considerando que el acto quirúrgico abarca el pre operatorio, transoperatorio y el post operatorio, y que en algunos casos el post operatorio puede cursar con alguna complicación, se hace evidente que el hecho de no contar con personal en cirugía pediátrica de forma continua en alguna de las unidades hospitalarias de la red de salud del Distrito Federal, provoca una falta de oportunidad en la atención médica especializada (en éste caso, quirúrgica), así como una falta de accesibilidad³⁰⁹ al servicio para la población usuaria.

En el artículo 15 de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica se menciona que en lo referente a la regionalización de servicios médicos, se tomará en cuenta el diagnóstico de salud, la accesibilidad geográfica, otras unidades médicas instaladas y la aceptación de los usuarios, considerando los dictámenes técnicos de los órganos correspondientes de la Secretaría, con el fin de instalar unidades tendientes a la autosuficiencia regional, así como el desarrollo del municipio.

Con lo anteriormente expuesto, se observa que se traslada a la persona usuaria de los Servicios de Salud, la carga administrativa y burocrática de la búsqueda de un Hospital que cuente con el servicio de Cirugía Pediátrica ya que el Estado no brinda dicha información en los portales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, ocasionando desinformación en los usuarios y sobrecarga a los Hospitales que si cuentan con el servicio de manera continua. Lo anterior impide la autosuficiencia de cada delegación.

Por otra parte, la Secretaría de Salud de Distrito Federal, señala en su Agenda Estadística 2012, que cuenta con 27,934, servidoras y servidores públicos, de los cuales 7,508, son profesionistas de la medicina; 8,334, son enfermeros(as); y, 1,416, son personal de servicios auxiliares, diagnóstico y tratamiento, quienes se encuentran laborando en 179 unidades médicas de primer nivel (clínicas) y en 38 unidades médicas de segundo nivel (hospitales).³¹⁰

³⁰⁹ Dirección general de Calidad y Educación en Salud, Definiciones y conceptos fundamentales para la calidad en salud, publicado en http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dqr-editorial_00E.pdf, menciona que: Accesibilidad: El goce de los servicios de salud (públicos o privados) por parte de un usuario. Condición básica para que la población pueda utilizar con mayor facilidad los servicios médicos; puede ser obstaculizada por barreras geográficas, climáticas, territoriales, legales o financieras. Facilidad para obtener un bien o servicio.

³¹⁰ Secretaría de Salud del Distrito Federal. Dirección de Información en Salud. Agenda Estadística 2012. Ciudad de México, D.F., 2013. Capítulo de Recursos Humanos y Materiales. Consultada en la página de internet: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda2012/inicio.html>. Última consulta 11 de Septiembre de 2014.

No obstante estas cifras, también es cierto que la misma Secretaría de Salud del Distrito Federal, menciona que existen 0.94 médicos adscritos a esa Institución, por cada 1,000 habitantes de la población que carecen de seguridad social en el Distrito Federal.³¹¹

Por esta razón, la Comisión de Derechos Humanos de Distrito Federal, emite este pronunciamiento, no con el propósito de denostar a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, sino para que sirva como herramienta que permita corregir el rumbo de las políticas públicas en materia de salud pública pediátrica, y que también pueda ser utilizada como insumo para sensibilizar y generar convicción a las autoridades competentes, en el ámbito del poder ejecutivo y legislativo, sobre la conveniencia de adecuar el presupuesto del año 2015 y las siguientes anualidades, a las necesidades reales de insumos, material médico y terapéutico, así como de los recursos humanos que hacen falta en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, para poder atender a la demanda creciente de salud pública.

VIII. Obligación de reparar a las víctimas de violaciones a los derechos humanos.

El párrafo tercero, del artículo 1º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala:

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establece la ley. (Énfasis añadido).

En un estado democrático de derecho, toda persona debe tener la seguridad de que, en caso de sufrir una violación a sus derechos humanos, gozará de la posibilidad de reclamar que el responsable asuma las consecuencias. De igual manera, el Estado, como garante de esos derechos, debe asumir la obligación de resarcir los daños que sus agentes provoquen a algún individuo. Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que:

Las víctimas de violaciones a los derechos humanos o sus familiares, tienen derecho a la reparación adecuada del daño sufrido, la cual debe concretarse a través de medidas individuales y tendientes a restituir, indemnizar y rehabilitar a la víctima, así como de medidas de satisfacción de alcance general y garantías de no repetición, mediante los procedimientos previstos legalmente para esos efectos, lo cual no es una concesión graciosa, sino el cumplimiento de una obligación jurídica. Lo anterior, deriva tanto del régimen previsto constitucionalmente como de los instrumentos internacionales ratificados por México y de los criterios de organismo internacionales ratificados por México y de los criterios internacionales, los cuales se manifiestan claramente en el sentido de que es un derecho efectivo de las personas agraviadas a nivel fundamental obtener una reparación integral proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido.³¹²

³¹¹ *Ibidem*.

³¹² SCJN. Novena Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXXIII. Enero de 2011, Tesis P./LXVII/2010, página 28.

Aunado a lo anterior, la Ley General de Víctimas, reconoce de manera expresa, el derecho de las víctimas de ser reparadas de manera integral, recogiendo los estándares internacionales.

El deber de reparar a cargo del Estado, está previsto en los Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional a interponer recursos y obtener reparaciones.³¹³ Al respecto, de acuerdo con los citados Principios:

Una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y del daño sufrido. Conforme a su derecho interno y a sus obligaciones jurídicas internacionales, los Estados concederán reparación a las víctimas por las acciones u omisiones que puedan atribuirse al Estado y constituyen violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o violaciones graves del derecho internacional humanitario [...].³¹⁴

La Corte Interamericana ha establecido que la obligación de reparar:

Refleja una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre la responsabilidad de los Estados. De esta manera, el producirse un hecho ilícito imputable a un Estado, surge de inmediato la responsabilidad internacional de éste por la violación de la norma internacional de que se trata, con el consecuente deber de reparación y de hacer cesar las consecuencias de la violación.³¹⁵

El mismo Tribunal ha establecido en su jurisprudencia lo siguiente respecto al alcance y contenido de las reparaciones:

Las reparaciones, como el término lo indica, consisten en las medidas que tienden a hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas. Su naturaleza, [...] depende del daño ocasionado [...].³¹⁶

La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional requiere, siempre que sea posible, la plena restitución (*restitutio in integrum*), la cual consiste en el restablecimiento de la situación anterior a la violación. De no ser esto posible, cabe al tribunal internacional determinar una serie de medidas para que, además de garantizar el respeto de los derechos conculcados, se reparen las consecuencias que produjeron las infracciones [...].³¹⁷

La Corte IDH, ha sostenido que la reparación es el término genérico que comprende las diferentes formas como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido

³¹³ Aprobadas por la Asamblea General el 16 de diciembre de 2005, mediante Resolución 60/147.

³¹⁴ Principio no. 15.

³¹⁵ Corte IDH. *Caso Acevedo Jaramillo y otros vs. Perú*. Excepciones Preliminares. Fondo. Reparaciones y Costas. Sentencia del 7 de febrero de 2006. Serie C. No. 144, párrafo 295.

³¹⁶ Corte IDH. *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay*. Sentencia 17 de junio de 2005. Serie C. No. 125, párrafo 193.

³¹⁷ *Ibidem*. Párrafo 182.

(*restitutio in integrum, indemnización, satisfacción, garantías de no repetición, entre otras*).³¹⁸

En el caso del derecho a la salud, la Corte IDH resalta que la atención de salud debe estar disponible a toda persona que lo necesite, en el caso particular de las personas con discapacidad establece:

[...] Todo tratamiento a personas con discapacidad debe estar dirigido al mejor interés del paciente, debe tener como objetivo preservar su dignidad y su autonomía, reducir el impacto de la enfermedad, y mejorar su calidad de vida. Asimismo, sobre los alcances del derecho a la rehabilitación en los términos del derecho internacional, el artículo 25 de la CDPD establece el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad y la obligación de adoptar medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En similar sentido, se refiere el artículo 23 de la Convención sobre derechos del niño en relación con las medidas que deben adoptar los Estados respecto a las niñas y niños con discapacidad.

[...] la rehabilitación debe ser brindada en forma temprana y oportuna, para lograr un resultado idóneo, debe ser continua y abarcar más allá de la etapa de mayor complejidad inicial. Asimismo, la rehabilitación debe tener en cuenta el tipo de discapacidad que la persona tiene y ser coordinado por un equipo multidisciplinario que atienda todos los aspectos de la persona como una integralidad.

En consecuencia, la Corte estima, como lo ha hecho en otros casos, que es preciso disponer una medida de reparación que brinde una atención adecuada a los padecimientos psicológicos y físicos sufridos por las víctimas derivados de las violaciones establecidas [...]. Por lo tanto, el Tribunal considera necesario disponer la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente, a través de sus servicios de salud especializados, y de forma inmediata, adecuada y efectiva, el tratamiento médico, psicológico y psiquiátrico a las víctimas, previo consentimiento informado, incluida la provisión gratuita de los medicamentos que eventualmente se requieran, tomando en consideración los padecimientos de cada uno de ellos. En el caso de que el Estado careciera de ellas deberá recurrir a instituciones privadas o de la sociedad civil especializadas. Asimismo, los tratamientos respectivos deberán prestarse, en la medida de lo posible, en los centros más cercanos a sus lugares de residencia y por el tiempo que sea necesario. Al proveer el tratamiento psicológico o psiquiátrico se debe considerar, además, las circunstancias y necesidades particulares de cada víctima, de manera que se les brinden tratamientos familiares e individuales, según lo que se acuerde con cada una de ellas y después de una evaluación individual [...].³¹⁹

Específicamente, la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en su artículo 46, establece:

³¹⁸ Corte IDH. *Caso Loayza Tamayo vs. Perú*. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 1998. Serie "C". No. 42, párrafo 85.

³¹⁹ Corte IDH. *Caso Furlan y familiares vs. Argentina*. Sentencia de 31 de agosto de 2012, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafos 282, 283 y 284.

[...] En el proyecto de Recomendación, se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y, si procede para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado.

En los Lineamientos para el pago de la indemnización económica derivada de las Recomendaciones o Conciliaciones de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal o la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, aceptadas o suscritas por las autoridades del gobierno de la Ciudad de México a las que se encuentren dirigidas,³²⁰ se establecen los criterios generales de indemnización de los daños ocasionados a personas víctimas de violaciones a derechos humanos, así como los parámetros bajo los cuales se realizara tomando en consideración estándares internacionales. En este sentido se establece la reparación por el daño material (daño emergente y lucro cesante), y daño inmaterial.

Teniendo en cuenta lo anterior, este Organismo considera procedente la reparación de los daños ocasionados por esas violaciones, en los términos siguientes:

Indemnización.

La indemnización es reconocida como una medida compensatoria y se refiere a los perjuicios materiales sufridos, entre ellos, el daño emergente, el lucro cesante y del daño moral sufrido por las víctimas.³²¹ Ésta debe concederse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos.

A su vez, su monto depende del nexo causal con los hechos del caso *sub iudice*,³²² las violaciones, declaraciones, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos.

La indemnización no puede implicar ni un empobrecimiento, ni un enriquecimiento para la víctima o sus sucesores.³²³

En el presente caso, la indemnización debe tener en cuenta los gastos que erogaron las y los familiares de las víctimas, por la atención médica que necesitaron las niñas y los niños agraviados (costos de intervenciones quirúrgicas, medicamentos, estudios, etc.) por causa de las afectaciones y deterioro en su salud que sufrieron con motivo las violaciones acreditadas en el presente instrumento recomendatorio.

En el caso de las niñas y niños fallecidos, se deberá compensar monetariamente por los gastos generados por el sepelio de las víctimas, así como por los gastos generados cuando vivían las víctimas para atender su salud con la esperanza de que sobrevivieran. También se deberá brindarles, si quienes tengan derecho a esa reparación lo aceptan, atención psicológica

³²⁰ Publicados en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 23 de septiembre de 2014

³²¹ Corte IDH. Caso Velázquez Rodríguez vs. Honduras.

³²² Cfr. *Yakye Axa*, Supra nota 55, párrafo 193.

³²³ Corte IDH. *Caso Ticona Estrada y otros vs. Bolivia*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2008. Serie "C". No. 191, párrafo 134; *Caso Masacre de las Dos Erres vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. 24 de noviembre de 2009. Serie "C". No. 121.



especializada en tanatología para ayudarlos, en el enfrentamiento de los procesos de duelo hasta su recuperación.

A las niñas y niños sobrevivientes, se les deberá proporcionar apoyos en programas sociales que se reflejen en becas para su educación hasta que concluyan por lo menos el nivel medio superior, así como habilitar de manera gratuita procesos de rehabilitación y psicoterapia para niños y niñas que viven y presentan afectaciones a su integridad física y psicoemocional.

En el caso de la niña "E", se deberá realizar una revisión médica exhaustiva a la zona de su cuerpo que resultó lesionada, para que se realice un trabajo de cirugía plástica que le permita la restauración de su epidermis en la medida de lo médicamente posible.

Para el caso "L", en atención a que la discapacidad fue resultado de la violación de sus derechos humanos por parte de la Secretaría de Salud del Distrito Federal que incluye la no detección, atención y canalización oportuna para atender su discapacidad. En el caso del niño agraviado "M", su discapacidad se agravó por la omisión de atención médica oportuna y de calidad, así como la falta de determinación de ser un recién nacido con discapacidad, aunado a la omisión de prestarle los servicios oportunos de rehabilitación, omisión que el última instancia se subsanó con una canalización a un Centro de Rehabilitación Infantil privado (Teletón), por lo que se deberán tomar acciones específicas para reparar sus derechos; la Secretaría de Salud del Distrito Federal deberá de solicitar la coordinación con el Instituto para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal (INDEPEDI) y la Secretaría de Educación del Distrito Federal y el Sistema para de Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal para implementar un programa dirigido a personal médico, de enfermería, trabajo social, psicología y administrativo de toma de conciencia sobre la infancia con discapacidad y un programa educativo inclusivo de infancia con discapacidad.

En estos casos, es necesario que se considere, además de lo anterior la educación que deben de tener las familias para la rehabilitación, la cual debe comprender la mejor forma de cuidar y atender a la niña y el niño, considerando los medios suficientes para ello proporcionándoles el apoyo necesario, mismo que debe incluir como ya se dijo la educación de los padres y los hermanos, no solamente en lo que respecta a la discapacidad y sus causas, sino también las necesidades físicas y mentales únicas del niño y la niña y el apoyo psicológico receptivo a la presión y a las dificultades que significan para las familias los niños y las niñas con discapacidad, la sufragación de gastos relacionados con la discapacidad, incluido la capacitación, el asesoramiento, la asistencia financiera y los servicios de cuidados temporales.

Para lo anterior, en el caso de la niña "L" además se le deberá canalizar con la institución médica pública o privada, donde se le pueda otorgar una prótesis de su brazo izquierdo, financiando la construcción y adaptación a su organismo de dicho instrumento biomédico, y renovándolo de manera continua y gratuita, hasta que llegue a su total desarrollo físico que le permita enfrentar respecto a sus propias limitaciones y las posibles dificultades de integración, principalmente en el ámbito social y escolar.

En el caso del niño "M", además de lo precisado se le deberá brindar apoyo económico a la madre del niño para que reciba educación especial hasta que pueda desarrollar una actividad económica por sí mismo, así como las medicinas y gastos de transporte para que pueda acudir a los centros

donde le brindan ayuda terapéutica.

Satisfacción.

La satisfacción debe incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguientes: a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad; c) una declaración oficial o decisión judicial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima; d) una disculpa pública; y e) la aplicación de sanciones jurídicas o administrativas a los responsables de las violaciones.

Esta Comisión, con base al dictamen sobre los impactos psicosociales que sufrieron las víctimas, se detectó que es un anhelo que repara el daño moral provocado para las víctimas y sus familiares afectados, que se reconozca la omisión en la atención médica.

Garantías de no repetición.

Las garantías de no repetición consisten en implementar las medidas necesarias para conseguir que los hechos lesivos como los que originaron las violaciones a derechos humanos no se repitan.³²⁴

En los dictámenes sobre los impactos psicosociales que presentan los familiares de las niñas y niños agraviados, todos ellos manifestaron que uno de sus principales deseos en materia de reparación del daño, es que ningún niño o niña sufra a futuro, lo que sus hijos o hijas sufrieron.

Por ello es importante habilitar dos medidas encaminadas a que los hechos aquí denunciados no vuelvan a ocurrir:

La primera de ellas es, que se realice por una institución independiente el diagnóstico sobre la existencia real de los recursos materiales y humanos al interior de los hospitales y clínicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con el propósito de que a partir de esta evaluación, se pueda contar con datos objetivos acerca de los insumos necesarios para actualizar al sistema de salud del Distrito Federal, en cuanto al incremento en el requerimiento de la atención pública de la salud en el Distrito Federal.

Es necesario impartir un curso teórico-práctico de derechos humanos y sensibilización al personal médico, de enfermería y administrativo en materia de salud materno-infantil y niñez, de todos los hospitales Pediátricos y Materno-Pediátricos, de la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y Clínicas de los Servicios de Salud del Distrito Federal.

Por lo anterior, y con fundamento en los artículos 1° y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2° primer párrafo, 5°, 6°, 17 fracción IV, 22 fracción IX, 24 fracción IV, 45, 46, 47, 48 y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, sí como

³²⁴ Corte IDH. *Caso Bámaca Velázquez vs. Guatemala*. Fondo. Sentencia de 25 de noviembre de 2000. Serie "C". No. 70, párrafo 40.

en los artículos 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142 y 144 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal,

IX. Recomienda

A la Secretaría de Salud del Distrito Federal:

Primero. Dentro del plazo máximo de un año, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se indemnice a las víctimas directas o indirectas, según sea el caso, por concepto de daño material e inmaterial, considerando la situación específica de cada caso, conforme a los Lineamientos para el pago de la indemnización económica derivada de las Recomendaciones o Conciliaciones de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal o la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, aceptadas o suscritas por las autoridades del gobierno de la Ciudad de México a las que se encuentren dirigidas.

Segundo. En un plazo máximo de tres meses, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, incluir a las víctimas que así lo requieran, a los programas sociales de su elección, en los términos establecidos en los Lineamientos para el pago de la indemnización económica derivada de las Recomendaciones o Conciliaciones de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal o la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, aceptadas o suscritas por las Autoridades del Gobierno de la Ciudad de México a las que se encuentren dirigidas.

Tercero. Para los casos "B", "D", "N", designe a una persona servidora pública para que, en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, a fin de que realice las gestiones necesarias para que las niñas y niños agraviados obtengan una beca escolar hasta el nivel medio superior, donde estudien, documentando esta situación a la CDHDF.

Cuarto. En los casos "L" y "M", la Secretaría de Salud deberá coordinarse con la Secretaría de Educación del Distrito Federal, el Instituto para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal (INDEPEDI) y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF-DF, así como con organizaciones de la Sociedad Civil para que en un plazo máximo de un año, contado a partir de la aceptación de la Recomendación, se diseñe un programa inclusivo educativo que garantice que se realicen los ajustes razonables en función de las necesidades individuales de la niña y niño con discapacidad; se preste el apoyo necesario a los infantes con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva; se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión; facilitar el aprendizaje de habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo u ajustes razonables que se presenten en el sistema de educación superior o formación profesional.

Los avances en el desarrollo del programa deberán ser documentados periódicamente a la CDHDF.

Quinto. La Secretaría de Salud del Distrito Federal en coordinación con el Instituto para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal, la Secretaría de Educación del Distrito Federal y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, actualizarán, cada dos años, el programa inclusivo de educación respecto a los apoyos y



servicios que requieren los infantes en los casos "L" y "M" hasta que cumplan 25 años, o concluyan sus estudios de educación superior o formación profesional.

Sexto. En los casos "L" y "M", se deberá diseñar en un plazo máximo de seis, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, en coordinación con el Instituto para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal y la Secretaría de Educación del Distrito Federal, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal y la participación de Organizaciones de la Sociedad Civil, un programa de conciencia en las comunidades y entornos escolares y familiares donde viva la niña y el niño agraviados con discapacidad. Este programa deberá: a) Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto la infancia con discapacidad y fomente el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas; b) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad, y c) Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de infancia con discapacidad y de sus aportaciones en todos los ámbitos de la vida. Dicho programa deberá implementarse en un plazo máximo de 6 meses.

Séptimo. En el caso "L", en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, realice las gestiones necesarias para que se documente el otorgamiento, a la niña agraviada, de una cantidad mensual de manutención que incluya alimentos y los gastos relacionados con su discapacidad de por vida, o, por lo menos, mientras ella no pueda ser económicamente independiente.

Octavo. En el caso "M", en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, realice las gestiones necesarias para que se documente el otorgamiento, al niño agraviado, de una cantidad mensual de manutención que incluya alimentos y gastos relacionados con su discapacidad de por vida, o, por lo menos, mientras él no pueda ser económicamente independiente.

Noveno. En los casos "L" y "M" la Sedesa, en un plazo máximo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, con base en las facultades que le otorga la Ley para las Personas con Discapacidad del Distrito Federal, se haga cargo de incluir al niño y a la niña agraviados en Programas para la adecuada rehabilitación de las diferentes discapacidades, asimismo deberá facilitar a sus familiares la obtención gratuita de prótesis y ayudas técnicas que les permita su adecuada atención.

Los programas de rehabilitación, tanto en el caso "L" como "M", deben ser de la más alta calidad en rehabilitación integral, estableciendo en su caso los convenios con la instancia que corresponda.

Décimo. En un plazo de 15 días hábiles, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se garantice, en cada caso, por escrito, el otorgamiento de atención médica necesaria y gratuita, por parte de la Sedesa o de otra instancia, en su caso, cuando las personas agraviadas lo requieran como consecuencia de las afectaciones sufridas.

Undécimo. Para los casos C, F, G, I, J, L, M, N, Ñ y P, en un plazo de 15 días hábiles, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, ofrezca la valoración y, en su caso, el tratamiento psicológico correspondiente, a las personas agraviadas y, en un plazo de 30 días hábiles contados a partir de dicha valoración, se realicen las gestiones necesarias para que las personas que así lo



decidan, inicien su tratamiento en la institución pública o privada de su elección, y se garantice que puedan continuarlo hasta su total restablecimiento o hasta que las víctimas decidan concluirlo.

Para los otros casos motivo de esta Recomendación, se deberá considerar que si en algún momento las víctimas deciden acceder al tratamiento psicológico correspondiente, el mismo les deberá ser proporcionado como se indica en el párrafo anterior.

Duodécimo. De conformidad con la Línea de acción 1184, del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, llevara a cabo las gestiones necesarias con alguna institución reconocida en materia de salud pública a nivel nacional o internacional para obtener su colaboración, a fin de que en un plazo máximo de un año contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se elabore un diagnóstico de los centros hospitalarios y centros de salud de la red que atienden a niñas y niños, y proporcionen atención materno infantil, el cual, como mínimo, determine tiempo de espera y calidad de atención, recursos materiales, recursos humanos, así como las necesidades de los mismos, de acuerdo con la demanda de atención médica, incluyendo atención especializada en cada uno de los centros.

Decimotercero. A partir de dicho diagnóstico se realicen las gestiones necesarias para allegarse, de manera progresiva, a más tardar a finales de 2016, de los recursos faltantes que garanticen la atención médica a la demanda que se presenta en cada uno de los centros hospitalarios, documentando las gestiones que realice con las instituciones que corresponda, a nivel local y federal.

Decimocuarto. Elaborar, en un plazo máximo de tres meses contados a partir de la aceptación de la Recomendación, un formato de aplicación obligatoria, en el que se explique a los familiares la importancia de la realización de la necropsia de ley y, en su caso, se recabe el consentimiento para su realización.

Decimoquinto. Revisar los mecanismos de supervisión de la debida integración del expediente clínico, con el propósito de identificar las causas que impiden su adecuada integración y utilización. Una vez identificadas dichas causas, implementar las medidas que faciliten al personal médico la debida integración y utilización del expediente clínico. Dichas acciones deberán realizarse en un plazo máximo de seis meses contados a partir de la aceptación de la Recomendación.

Decimosexto. En un plazo máximo de quince días contados a partir de la aceptación de la Recomendación, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, emitirá una circular en la que haga del conocimiento del personal que labora en la red de salud del Distrito Federal los Lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Pediátricos de Población Abierta de la Ciudad de México y área conurbada del Estado de México para su observancia y aplicación.

Decimoséptimo. En un plazo máximo de un año, contado a partir de la aceptación de la Recomendación, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, capacitara al personal de salud en los temas de derechos humanos de las y los usuarios de los servicios de salud, derechos de la niñez, y responsabilidad profesional, así como los derechos del personal médico y de enfermería, de conformidad con la línea de acción 1281, del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Decimooctavo. En un plazo máximo de tres meses, contados a partir de la aceptación de la Recomendación, se diseñe e implemente un Sistema para la recepción y atención inmediata y oportuna de las incidencias que se presenten en los servicios que se brindan en la red de salud del Distrito Federal, el cual deberá ser difundido en las áreas de atención al público de todos los centros y unidades hospitalarias.

Decimonoveno. En un plazo no mayor a seis meses contados a partir de la aceptación de la Recomendación, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, deberá diseñar e implementar un sistema de información que permita ejercer el derecho de solicitar, recibir y difundir información de manera oportuna entre el personal de salud y que se dirija a la población en general, relativo a la suspensión o demora en la prestación de algún servicio con objeto de que no se afecte la atención médica oportuna y de calidad para las personas.

De conformidad con los artículos 48, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, y 142, de su Reglamento Interno, se hace saber a la autoridad a la que va dirigida esta Recomendación, que dispone de un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente en que ésta se le notifique, para que manifieste si la acepta o no, en el entendido que de no aceptarla, su respuesta se hará del conocimiento de la opinión pública. En caso de que la acepte, se le notifica que dispondrá de un plazo de 10 días, contados a partir del vencimiento del término del que disponían para responder sobre la aceptación, a fin de enviar las pruebas de cumplimiento, las cuales deberán ser remitidas a la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de esta Comisión, que con fundamento en los artículos 144 y 145, del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, es el área responsable de calificar las Recomendaciones, de acuerdo a su aceptación y cumplimiento.

Con fundamento en el artículo 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la presente Recomendación tiene el carácter de pública.

Así lo determina y firma,

La Presidenta de la Comisión de Derechos
Humanos del Distrito Federal,

Dra. Perla Gómez Gallardo

C.c.p. Dr. Miguel Ángel Mancera, Jefe de Gobierno del Distrito Federal. Para su conocimiento.

C.c.p. Dip .Cipactli Dinorah Pizano Osorio, Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Para su conocimiento.