



RECOMENDACIÓN No. 67/2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y AL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V1, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V2 Y V3, EN EL HOSPITAL REGIONAL “ADOLFO LÓPEZ MATEOS” Y EL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”, AMBOS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 22 de octubre de 2021

**MTRO. LUIS ANTONIO RAMÍREZ PINEDA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2018/4514/Q**, relacionado con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos 78 y 147 de su Reglamento

Interno, 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 3, 11 fracción VI, 16 y 113, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

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

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública
M	Médico Particular
MR	Médico Residente

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

Denominación:	Acrónimo:
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	ISSSTE



Denominación:	Acrónimo:
Hospital Regional “ <i>Adolfo López Mateos</i> ” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	Hospital “ <i>Adolfo López Mateos</i> ”
Hospital Infantil de México “ <i>Federico Gómez</i> ” del Instituto Nacional de Salud de la Secretaría de Salud.	Hospital Infantil
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional u Organismo Nacional
Centro Médico Nacional “ <i>20 de noviembre</i> ” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	Centro Médico Nacional “ <i>20 de noviembre</i> ”
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	Cridh
Suprema Corte de Justicia de la Nación.	SCJN
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	OIC-ISSSTE

I. HECHOS.

5. El 31 de mayo de 2018, V2 y V3 presentaron un escrito de queja ante esta Comisión Nacional en el que expusieron violaciones a derechos humanos

cometidas en agravio de su hija V1 (quien al momento de la interposición de la queja ante este Organismo Nacional contaba con 2 años de edad), por parte del personal médico que la atendió en el Hospital “Adolfo López Mateos” y en el Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, ambos del ISSSTE, en la Ciudad de México.

6. V1 y V2 refirieron que en el mes de junio de 2017, llevaron a V1 de 1 año 2 meses de edad a valoración con M1, ya que no podía hablar, caminar ni mantener el equilibrio.

7. M1 les indicó que V1 podría tener Síndrome de Noonan¹, por lo que era necesario que la atendieran especialistas de forma inmediata, pues tal padecimiento debió haber sido detectado antes. Además, era necesario que V1 fuera examinada por un neurólogo por una protuberancia en la cabeza.

8. V1 fue remitida al área de neurología del Hospital “Adolfo López Mateos”, en donde V2 y V3 consideraron inadecuada la atención que recibió V1 por parte AR1, ya que les dijo que no debían preocuparse por la protuberancia en la cabeza de V1 y hasta cumpliera 2 años de edad “*le mandaría a hacer una tomografía*”, ya que en ese momento no era necesario.

9. V1 continuó sin poder caminar ni mantener el equilibrio por sí sola, tampoco podía hablar, por lo que V2 y V3 acudieron con un pediatra neurólogo particular en el Hospital Infantil, quien después de valorar a V1 determinó que su hija padecía “*craneosinostosis*”² y les explicó que tal situación se presenta cuando las suturas

¹ “El síndrome de Noonan es un trastorno genético que evita el desarrollo normal en varias partes del cuerpo. Una persona puede verse afectada por el síndrome de Noonan de muchas maneras. Estas pueden ser características faciales inusuales, baja estatura, defectos cardíacos, otros problemas físicos y posibles retrasos en el desarrollo.” Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Clínica Mayo), 5ª edición. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/noonan-syndrome/symptoms-causes/syc-20354422> consultado el 16 de julio de 2020.

² “La craneosinostosis es un defecto de nacimiento en el cual los huesos del cráneo del bebé se cierran prematuramente. Esto sucede antes de que el cerebro se forme completamente. A medida que el cerebro del bebé crece, su cráneo se puede

de la cabeza del bebé se cierran prematuramente, por lo que era urgente que un neurocirujano emitiera su opinión médica y les explicara el tratamiento a seguir, ya que el cerebro de su hija no tenía espacio suficiente para crecer y alcanzar su tamaño normal y la presión dentro del cráneo podría conllevar a un retraso en su desarrollo o una discapacidad intelectual, más aún que en el caso de V1 el diagnóstico fue tardío y les explicó que debió de haberse detectado antes de que cumpliera 1 año de edad.

10. V2 indicó que consideraba que el diagnóstico tardío del padecimiento de V1 era por la negligencia del personal médico del ISSSTE que la atendió, por lo que solicitó el reembolso de los gastos médicos que había erogado.

11. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional inició el expediente CNDH/1/2018/4514/Q, y a fin de documentar las posibles violaciones a derechos humanos, se solicitó diversa información al ISSSTE y al Hospital Infantil, la cual incluyó el expediente clínico de V1 en tales instituciones de salud, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

12. Escrito de queja de fecha 31 de mayo de 2018, presentado por V2 y V3 ante este Organismo Nacional, en el cual aportaron la documentación siguiente:

12.1. Nota médica sin fecha, en la que M1, indicó: *“(...) por el cuadro clínico se sospecha de Sx [síndrome] de Noonan, por lo que se sugiere valoración en*

ir deformando cada vez más. Los espacios que hay entre los huesos del cráneo del bebé generalmente se llenan con un material flexible y se llaman suturas.” Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América. Recuperado de <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/craniosynostosis.html> consultado el 15 de julio de 2020.

hospital de [segundo] nivel a los servicios de cardiología pediátrica (descartar cardiopatía congénita no cianozante), genética, neurología pediátrica y rehabilitación.”

12.2. Nota médica de fecha 10 de marzo de 2018, en la que M2, indicó: “(...) *realizar tac de cráneo simple [más] reconstrucción tridimensional de cráneo.”*

12.3. Tomografía practicada a V1 el día 02 de abril de 2018, en la que M3, diagnosticó: *“Cambios que sugieren craneosinostosis con cierre de sutura sagital, hipoplasia cuerpo calloso, el resto del estudio dentro de límites normales, correlacionar con la clínica.”*

12.4. Resumen de atención médica de fecha 25 de mayo de 2018, en la que SP1, médico neurocirujano pediatra adscrito al Hospital Infantil, diagnosticó a V1 con *“escafocefalia tardía”* y señaló como plan de tratamiento y pronóstico: *“Requiere descompresión craneal urgente. Por sus antecedentes de ser un producto valioso, su discapacidad y su diagnóstico tardío se solicita cirugía en urgencia.”*

13. Correo electrónico recibido el día 31 de mayo de 2018, por el que remitió V2 a esta Comisión Nacional como archivo adjunto diversas documentales de las cuales destacan las siguientes:

13.1. Historia clínica de genética médica sin fecha, realizada a V1 cuando tenía 1 año 9 meses de edad, en la que AR3 diagnosticó *“rasopatía, probable Síndrome de Noonan”*; en el plan terapéutico indicó *“próxima cita solicitar valoración psicométrica, que tenga 2 años de edad”*, y en la exploración física

señaló *“no se toman signos vitales por no contar con enfermería ni equipo para realizarlo. (...) Escafocefalia.”*

13.2. Solicitud de interconsulta de fecha 13 de octubre de 2017, mediante la cual SP2 indicó que V1 contaba en ese momento con 1 año 4 meses de edad *“con retraso en el neurodesarrollo, pb Síndrome de Noonan (...).”* (Sic)

14. Correo electrónico recibido en fecha 8 de junio de 2018, a través del cual la Jefa de Asistencia Telefónica del ISSSTE remitió a este Organismo Nacional un informe sobre la atención brindada por el personal médico adscrito al Hospital *“Adolfo López Mateos”*, del cual se destacó lo siguiente:

14.1. Informe Médico de fecha 5 de junio de 2018, por el cual SP3 refirió la atención que brindó a V1 el 12 de julio de 2016 por hallazgo de *“ectasia renal”*³.

14.2. Informe Médico de fecha 6 de junio de 2018, a través del cual SP4 detalló la atención que brindó a V1 en la consulta efectuada el 12 de septiembre de 2017, por sospecha clínica de Síndrome de Noonan y retraso del desarrollo.

14.3. Resumen clínico, sin fecha, en el que SP5 y SP6 indicaron la atención médica brindada a V1 desde su nacimiento.

14.4. Informe de fecha 6 de junio de 2018, rendido por AR2, en el cual señaló que la última valoración que realizó a V1 fue en el mes de octubre de 2017 y en el diagnóstico indicó *“lactante femenino con fenotipo de síndrome*

³ La ectasia piélica es la dilatación de una zona del riñón llamada pelvis renal. La pelvis renal es una estructura en forma de embudo que recoge la orina formada en el riñón y la envía al uréter, el conducto que lleva la orina hasta la vejiga.

de Noonan, miocardiopatía hipertrófica excéntrica no obstructiva, foramen oval permeable.” (Sic)

15. Correo electrónico recibido en fecha 13 de junio de 2018, por medio del cual la Jefa de Asistencia Telefónica del ISSSTE remitió a esta Comisión Nacional, como documento adjunto el informe del día 6 del mismo mes y año, rendido por SP7 en el que refirió que comenzó la atención pediátrica de V1 cuando tenía de 2 meses y medio de edad y en seguimiento por 10 meses, ya que su última consulta registrada fue el 15 de agosto de 2017, el cual se concentró *“exclusivamente al aspecto urológico de la paciente (...).”*

16. Oficio número 1010/AL/0869/2018 de fecha 11 de julio de 2018, mediante el que el Jefe del Departamento de Asuntos Jurídicos del Hospital Infantil de México envió a este Organismo Nacional un resumen clínico del día 11 de julio de 2018, suscrito por MR1, con visto bueno de SP8, al cual se acompañó copia certificada del expediente clínico correspondiente, en el que se explicó la atención médica a V1 hasta ese momento en dicha institución de salud en donde se le diagnosticó *“craneosinostosis”, “oxicefalia”* y fue operada de *“remodelación craneal, trasposición de parietales y craniectomía sagital, craniectomía frontal”, “margaritas frontales.”*

17. Oficio número SG/SAD/JSCDQR/3308-1/18, recibido en esta Comisión Nacional el 1º de agosto de 2018, por el que el Jefe de Servicios del ISSSTE envió un informe sobre la atención médica brindada a V1 en el Hospital *“Adolfo López Mateos”*, al que adjuntó el expediente clínico iniciado en ese nosocomio.

18. Oficio número SG/SAD/JSCDQR/3419-1/18, recibido en este Organismo Nacional el día 15 de agosto de 2018, a través del cual el Jefe de Servicios del

ISSSTE al cual adjuntó el diverso CMFED/295/2018 de fecha 31 de julio de 2018, por el que la Directora de la Clínica de Medicina Familiar “*Ermita*” rindió un informe respecto la atención médica brindada a V1 y el expediente clínico correspondiente.

19. Acta circunstanciada de fecha 26 de octubre de 2018, suscrita por personal de este Organismo Nacional en la que se hizo constar la comunicación telefónica sostenida con V2, en la que manifestó que *“en el ISSSTE presentó queja para que le rembolsaran los gastos erogados con motivo de la (...) operación que le realizaron [a V1] en el Hospital Infantil “Federico Gómez” (...), sin embargo, le informaron que hasta dentro de tres años iban a resolverle.”*

20. Acta circunstanciada de fecha 7 de noviembre de 2018, mediante la cual esta Comisión Nacional hizo constar una reunión de trabajo con SP9 y SP10, personal adscrito al ISSSTE, quienes manifestaron que le realizarían un estudio de genética a V1 para estar en posibilidad de emitir el diagnóstico correspondiente, además, que también se le reembolsarían los gastos que erogó V2 en el Hospital Infantil de México con motivo de la atención médica que en tal institución de salud brindaron a V1.

21. Acta circunstanciada de fecha 14 de noviembre de 2018, mediante el cual personal de este Organismo Nacional hizo constar una reunión de trabajo sostenida con SP11, personal adscrito al ISSSTE, en la que se comprometió a someter al Comité Médico de ese Instituto la petición de V2.

22. Opinión Médica de fecha 8 de abril de 2019, elaborada por un especialista médico de esta Comisión Nacional de la que se desprende en su conclusión TERCERA que la atención médica brindada a V1 por parte de personal médico del

Hospital “*Adolfo López Mateos*” y del Centro Médico Nacional “*20 de noviembre*”, ambos del ISSSTE, fue inadecuada.

23. Correo electrónico recibido en fecha 23 de mayo de 2019, mediante el cual V1 remitió adjunto a este Organismo Nacional copia del escrito dirigido al entonces Director General del ISSSTE y por el que hizo de su conocimiento las irregularidades en la atención médica brindada a V1 en ese Instituto además de solicitar el reembolso de los gastos que erogó para la intervención quirúrgica y atención realizada a V1 en el Hospital Infantil de México.

24. Actas circunstanciadas de fechas 29 de mayo, 10 y 31 de julio de 2019, respectivamente, en las que personal adscrito a este Organismo Nacional hizo constar las reuniones de trabajo sostenidas con SP12, personal del ISSSTE, quien expresó que hasta ese momento no había turnado la solicitud de reembolso de gastos médicos de V1 al Comité de Quejas Médicas de ese Instituto.

25. Actas circunstanciadas de fechas 7, 14 y 28 de agosto; 4 y 18 de septiembre, todas de 2019, respectivamente, en las que personal adscrito a esta Comisión Nacional hizo constar reuniones de trabajo con SP11 y SP12, personal del ISSSTE, quienes manifestaron que tenían pendiente verificar en el Comité de Quejas Médicas de ese Instituto el estado que guardaba la solicitud de reembolso de gastos médicos erogados por V1 para la atención de V1.

26. Oficio número DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/03173-4/20 de fecha 14 de agosto de 2020, suscrito por la Jefa de Servicios del ISSSTE, mediante el cual informó a este Organismo Nacional que el Comité de Quejas Médicas de ese Instituto resolvió el caso de V1 como improcedente.

27. Oficio número OIC/TAQ/00/637/5874/2020 recibido en este Organismo Nacional el día 28 de agosto de 2020, suscrito por la Titular del Área de Quejas del OIC-ISSSTE, mediante el cual informó que después de realizar una búsqueda en los archivos de las 12 Sedes Regionales adscritas a ese Órgano Interno de Control, así como en el área de Quejas, Denuncias e Investigaciones, no se localizaron registros de alguna inconformidad presentada por V2 ni V3.

28. Acta circunstanciada de fecha 20 de agosto de 2020, suscrita por personal adscrito a este Organismo Nacional en la que se hizo constar la visita de V2 y V3 en compañía de V1 para que personal pericial de este Organismo Nacional certificara el estado psicofísico de V1.

29. Certificado de estado psicofísico de fecha 3 de septiembre de 2020, en el que esta Comisión Nacional encontró diversos hallazgos en V1 para reconocer que *“(…) a la exploración física y corresponde[r] a una enfermedad congénita particular, en la que se encuentran una o más anormalidades mayores y un número variable de anomalías menores, (…) por los antecedentes de [V1] se corresponde con un síndrome muy raro Facio-cardio-renal, caracterizado por déficit intelectual, alteraciones en riñón y defectos congénitos del corazón, al que pertenece el síndrome de Noonan.”*

30. Escrito de fecha 1º de septiembre de 2020, a través del cual V2 aportó diversa documentación a este Organismo Nacional, del que destaca un resumen de atención médica realizado el 28 de agosto de 2020 por SP1, médico neurólogo pediatra adscrito al Hospital Infantil, en el que diagnosticó a V1 con: *“1.- Craneosinostosis, pansinostosis. Operada de remodelación craneal. 2.-Retraso Global del Neurodesarrollo. 3.- Discapacidad intelectual moderada.”*

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

31. En sesión ordinaria celebrada el 10 de febrero de 2020, el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE resolvió como “*improcedente*” el caso que le fue turnado respecto a los hechos motivo de la presente Recomendación.

32. Por su parte, el OIC-ISSSTE informó a este Organismo Nacional que no contaba con registro alguno de queja formulada por V2 y V3, con motivo de los hechos cometidos en agravio de V1 por parte del personal médico de ese Instituto.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS.

33. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/1/2018/4514/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, como de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, se contó con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos atribuibles a AR1, AR2 y AR3, personal médico adscrito al Hospital “Adolfo López Mateos” y el Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, ambos del ISSSTE, en la Ciudad de México, cometidas en agravio de V1, contando con elementos de convicción suficientes que acreditan la vulneración a los derechos humanos A la protección de la salud, Al interés superior de la niñez, y Al acceso a la información en materia de salud, ello de acuerdo a las consideraciones expuestas en el presente apartado:

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

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

35. El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Federal reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud. El Estado mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se obliga a reconocer el derecho a la salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional.⁵

36. Es atinente la jurisprudencia administrativa que refiere: *“El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).”*⁶

37. El párrafo primero del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirma que: *“(...) toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado*

⁴ CNDH. Recomendaciones 1/2018, p. 17; 56/2017, p. 42; 50/2017, p.22; 66/2016, p. 28 y 14/2016, p. 28

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

⁶ DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...).”

38. El artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁷ señala que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel de vida posible de salud física y mental.

39. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como *“(...) un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).”*⁸

40. El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece que *“toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...) a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.”*

41. En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*“Protocolo de San Salvador”*), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el

⁷ Ratificado por México en 1981.

⁸ *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, aprobada por la Asamblea General de la ONU.

disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

42. La CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”⁹ estableció que: “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...).”

43. Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, en la que se aseveró que: “(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.”¹⁰

44. En el caso particular, y de las evidencias analizadas se advirtió que AR1 y AR2, personal médico adscrito al Hospital “Adolfo López Mateos” del ISSSTE, así como AR3, personal médico adscrito al Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, omitieron brindar a V1 la atención médica adecuada todos ellos en su calidad de garantes que les obligan los artículos las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con los numerales 22 y 23 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, vigente al momento de los hechos, lo que se tradujo en una mala praxis¹¹ y en consecuencia la evidente violación a su derecho humano a la protección de la salud, como se esgrime a continuación.

⁹ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

¹⁰ CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.

¹¹ De acuerdo con Cristina Cerquella Senecal, en “Responsabilidad profesional de Enfermería”, la mala praxis comprende el error, la negligencia, la impericia, la falta de cuidados asistenciales, la falta de información o consentimiento informado, la omisión de deber de auxilio, la violación del secreto profesional, o el intrusismo en que incurra la persona profesional de la salud en su atención al paciente.

A.1. VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR LA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA A V1.

45. Previo al análisis de las acciones y omisiones en que incurrieron AR1, AR2 y AR3, cabe resaltar que V1, al momento de los hechos, contaba con 1 año y 2 meses de edad, por lo que el personal médico debió ponderar en todas sus decisiones y actuaciones el principio del interés superior de la niñez, esto es, debió brindar una protección reforzada como se explicará en el apartado correspondiente de este documento.

46. V1 nació el 21 de abril de 2016, a las 12:32 horas, en el Hospital “*Adolfo López Mateos*”, en la Ciudad de México, vía abdominal a las 37.3 semanas de gestación por haber presentado polihidramnios¹², respiró y lloró al nacer con APGAR 9/9, pesó 3200 gramos, talla 50 centímetros, tuvo un perímetro cefálico 36 centímetros, perímetro torácico de 35 centímetros, perímetro abdominal de 33 centímetros, pie de 8.5 centímetros, reportado como clínicamente sana.

47. A las 20:30 horas del día de su nacimiento, V1 presentó cianosis a la alimentación¹³, así como salvos de polipnea (aumento de la frecuencia y aumento de la profundidad respiratoria), por lo que se le mantuvo en observación, se le colocó oxígeno y se solicitaron estudios de laboratorio y un ultrasonido renal por el antecedente de polihidramnios y ectasia renal documentados durante el embarazo.

¹² En la opinión médica emitida por esta Comisión Nacional se señaló que es “[*l*]íquido amniótico excesivo, se asocia con complicaciones maternas y fetales”.

¹³ En la referida opinión médica de este Organismo Nacional para el presente caso se explicó que es una “*coloración azul o lívida de la piel y de las mucosas que se produce a causa de una oxigenación deficiente de la sangre, debido generalmente a anomalías cardíacas y también a problemas respiratorios*”.

48. El 22 de abril de 2016, a las 12:00 horas, una médico neonatóloga adscrita al Hospital “*Adolfo López Mateos*” valoró a V1 e informó que contaba con signos vitales de frecuencia cardíaca que oscilaban de 140 a 160 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 54 a 64 respiraciones por minuto, temperatura de 36.9 grados centígrados, con buena coloración e hidratación, con cráneo normal, ojos simétricos, sin deterioro neurológico, sin movimientos anormales o apneas (ausencia de respiración), con peso adecuado para la edad gestacional.

49. El 6 de mayo de 2016, V2 y V3 llevaron a V1 al servicio de Urgencias del Hospital “*Adolfo López Mateos*” porque tenía dificultad para respirar y diarrea, mientras esperaba a ser atendida V1 tuvo un episodio de apnea y su coloración se tornó morada (*cianosis*), lo cual se revirtió al momento que V2 la estimuló.

50. V1 fue valorada en el área de Urgencias del referido hospital por una médico pediatra que la diagnosticó con: “*1. episodio aparentemente letal (sic.) 2. probable reflujo gastroesofágico*”. Se decidió su ingreso a cunero patológico, ya que durante la valoración que le realizó un médico neonatólogo describió que V1 presentaba “*cianosis peribuca con una baja en la saturación en sangre arterial por oximetría de 70 por ciento*” (siendo lo normal por arriba del 90 por ciento).

51. El 13 de mayo de 2016, V1 egresó del Hospital “*Adolfo López Mateos*” clínicamente estable, y de acuerdo con la opinión médica especializada emitida por esta Comisión Nacional en el presente caso, el manejo brindado por el personal médico tratante de ese nosocomio fue el adecuado, toda vez que no era clínicamente notable alguna dismorfia en ella, pues apenas contaba con 22 días de nacida. Además, V2 y V3 en ningún momento señalaron alguna característica fisonómica que ameritara ampliar la valoración multidisciplinaria a V1.

52. Cabe mencionar que desde el evento anteriormente descrito hasta mayo de 2017 no se cuenta con evidencia en el expediente clínico de V1 que informara sobre dimorfismo¹⁴ facial ni alteraciones en la forma de su cráneo, lo cual es acorde a las diversas manifestaciones de V2 en las que expresó que el personal médico del ISSSTE era omiso en atender su petición de revisar a V1 sobre la malformación craneal que ella observaba.

53. En el mes de junio de 2017 (no se precisó el día) V2 llevó a V1 para valoración con M1, quien indicó en su nota médica: *“(...) se sospecha de Sx de Noonan, por lo que se sugiere valoración en hospital de [segundo] nivel a los servicios de cardiología pediátrica (descartar cardiopatía congénita no cianozante), genética, neurología pediátrica y rehabilitación.”*

54. El día 28 de julio de 2017, V2 llevó a V1 al Hospital “Adolfo López Mateos”, en donde fue valorada por SP13, quien asentó en la nota de pediatría, que a la exploración física se encontraba:

“(...) íntegra, alerta, intranquila, coloración normal, hidratada, sin movimientos anormales, con facies característica con ojos grandes, simétricos discretamente protruidos y ocasional desviación de ojo izquierdo, hipertelorismo ocular aparente [aumento en la distancia que separa las paredes internas de la órbita derecha e izquierda], pupilas centrales normorrefléxicas sin opacidades, cráneo normocéfalo con fontanela anterior cerrada, pelo escaso para su edad y sexo y el cuero cabelludo con algunas zonas dispersas

¹⁴ Presencia de diferencias de forma, tamaño, color, etcétera, entre seres vivos de una misma especie.

eritematosas y con descamación, nariz central ancha, con puente nasal deprimido, narinas permeables, orofaringe normal e íntegra, cara con eritema malar, piel gruesa en grado leve, cuello corto, no tumoraciones, en parte posterior con pigmentación oscura discreta (acantosis nigricans) y en la base del cráneo con hemangioma plano, tórax anterior con piel seca y múltiples zonas de presión, eritematosas y rugosas al tacto, dermografismo positivo, temperatura normal, tórax posterior con probable xifosis dorso lumbar y nevo oscuro, irregular, alargado de aproximadamente 2cm, genitales externos femeninos aparentemente normales, ano permeable, extremidades con buena masa muscular pero hipotonicidad +/- (Daniels), sensibilidad conservada (...).”

55. Es importante resaltar que SP13 concluyó su nota médica con la anotación: *“(...) trastorno crónico y facies característica de posible enfermedad congénita cromosómica que pudiera relacionarse con un SÍNDROME DE NOONAN, por lo que solicitó interconsulta a cardiología pediátrica, genética y oftalmología, (...).”*

56. Derivado de lo anterior, en fecha 29 de agosto de 2017, SP14 valoró a V1 en el Hospital “Adolfo López Mateos” y determinó que:

“(...) a la exploración física de ambos ojos ve, fija y tomó objetos pequeños, no presentó posición compensadora de cabeza, prefiere ojo derecho, no limitaciones, no nistagmus, ambos ojos con córnea y cristalinus

transparentes, reflejos pupilares conservados, reflejo rojo normal, hipertelorismo, epicanto, hendiduras palpebrales, discreto exoftalmos, reportando también otros hallazgos como frente amplia, puente nasal deprimido”, concluyendo con el diagnóstico de exotropía intermitente y datos clínicos sugestivos de síndrome de Noonan, (...).” (Sic)

57. Por tales hallazgos, SP14 señaló que V1 requería una “*refracción con ciclopéjico¹⁵ con atropina*” e indicó que se haría después de la autorización del médico cardiopediatra, para interconsulta y protocolo de estudio, a fin de tomar la decisión terapéutica.

58. El 12 de septiembre de 2017, V1 fue valorada por AR1 en el Hospital “*Adolfo López Mateos*”, quien en su nota médica señaló:

“(...) la paciente fijó la mirada a los 8 meses, sonrisa social a los 4 meses, tuvo sostén cefálico a los 7 meses, sedentación sin apoyo a los 7 meses, lenguaje sólo con balbuceo y social demostrando afecto, a la exploración física con tendencia a la turricefalia, con funciones mentales reactivas, seguimiento visual, interactúa y emite ruidos pero se encontró muy inquieta, no observó estrabismo pero sí movimientos conjugados, par craneal VII, simetría facial, VIII cocleopalpebral bilateral [es el

¹⁵ De acuerdo con la Sociedad Española de Oftalmología, “[e]l músculo ciliar controla la forma del cristalino y con ello el enfoque del ojo a las distintas distancias y sobretodo de cerca (acomodación). La cicloplejía dificulta o inhibe temporalmente la función del músculo ciliar y resulta en relajación de la acomodación. Se utilizan para ver la graduación del individuo (refracción) y la corrección más precisa que se debe prescribir.” Recuperado de <https://www.ofthalmoseo.com/patologias-frecuentes-2/cicloplejia-dilatacion-pupilar/> consultado el 14 de julio de 2020.

reflejo integrado en el tronco cerebral, que consiste en el cierre de los ojos ante un sonido] *XI sostén cefálico, XII lengua central, motor con tono disminuido, fuerza 5/5, raquis integro, neurocutáneo con mancha hiperocrómica en dorso de 3x3 cm ovalada, logra pedestación y bipedestación, marcha con apoyo, (...) la paciente se encontró con dismorfias menores, en seguimiento por retraso del neurodesarrollo (...) ya en abordaje diagnóstico, con un peso de 10.4 kg, talla de 70 centímetros, frecuencia cardíaca de 70 latidos por minuto, perímetro cefálico de 47 centímetros (...) el electroencefalograma reporta disfunción generalizada y sin actividad epiléptica, (...).”*

59. En esa misma nota médica, AR1 anotó que había informado a V2 y V3 que solicitaría una resonancia magnética hasta que V1 cumpliera dos años de edad, con la finalidad de descartar malformaciones estructurales y señaló cita subsecuente, sin especificar una fecha.

60. En la opinión médica especializada emitida por esta Comisión Nacional, se indicó que la atención brindada a V1 por parte de AR1 fue inadecuada porque:

“(...)

*En esta valoración, la neuróloga pediatra [AR1] **omitió** realizar una exploración neurológica intencionada y dirigida en búsqueda del origen del retraso del neurodesarrollo y de la disfunción generalizada, siendo*

de conocimiento obligado en su especialidad, no exploró la malformación craneal que ya presentaba la menor, limitándose a señalar que cursaba con turricefalia, no especificó los motivos por los que solicitó la resonancia magnética hasta que la paciente cumpliera dos años de edad lo que tuvo como consecuencia la dilación en establecer un diagnóstico de certeza y brindar tratamiento oportuno (...).” (Sic)

61. La conducta de AR1 contravino lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud de Prestación de Servicios Médicos que en su artículo 9 establece con claridad que la atención médica debe llevarse a cabo de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

62. Además, la atención que AR1 brindó a V1 tampoco se apegó a lo señalado por la Guía de Práctica Clínica *“Detección del Trastorno Específico del Desarrollo Psicomotor en Niños de 0 a 3 años”*, con relación a los signos de alerta por edad del desarrollo psicomotor, pues en su nota médica AR1 mencionó que “[V1] a los 18 meses de edad, no sube escaleras, no tiene un vocabulario de 7/10 palabras, no corre (...). Signos de alarma a cualquier edad, movilidad, tono o postura anormal (...), movimientos oculares anormales, macrocefalia, microcefalia, estancamiento del perímetro del cráneo (...).”

63. Al respecto, la referida Guía de Práctica Clínica establece que la detección oportuna de trastornos del desarrollo psicomotriz ofrece la posibilidad de intervenir en forma temprana, lo que permite corregir la mayoría de las alteraciones y atenuar otras, lo cual lamentablemente no ocurrió en el caso de V1.

64. Además, la opinión médica elaborada por este Organismo Nacional señaló que la atención brindada a V1 por parte de AR1 fue inadecuada por lo siguiente:

“(...) desde el punto de vista médico forense podemos establecer que la atención médica brindada a [V1] por parte de la neuropediatra del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”, Dra. [AR1], fue inadecuada al ser omisa en la exploración física completa que permitiera realizar la solicitud de estudios complementarios que favorecieran la integración oportuna del diagnóstico de craneosinostosis (entidad que cursó la menor al momento de la intervención), que si bien es cierto, durante su exploración física no advirtió situación alguna para solicitar en ese momento por lo menos un estudio básico como lo es una radiografía de cráneo, también lo es que los antecedentes médicos de la agraviada, e incluso la “turricefalia” (Malformación del cráneo, cabeza en torre, debida a un cierre prematuro de las suturas craneales, que aparece frecuentemente asociada a otras deformidades congénitas), que mencionó en su nota, ameritaban mayor ampliación del protocolo de estudio, situación que condicionó infortunadamente un diagnóstico tardío.” (Sic)

65. Por ello, en la referida opinión médica especializada de esta Comisión Nacional se concluyó que:

“(…)

TERCERA: La atención y valoración por la sub-especialista en neuropediatría [AR1] en fecha 12 de septiembre del 2017 fue inadecuada, toda vez que omitió realizar una exploración física intencionada y dirigida siendo de conocimiento obligado en su especialidad existiendo dilación en el diagnóstico y tratamiento idóneo, por lo que tuvo que ser atendida de manera extrainstitucional, en otro nosocomio, lo que tuvo como consecuencia una condición médica llamada CRANEOSINOSTOSIS, por lo que era urgente recibir tratamiento para evitar secuelas y que esto derivaba de un diagnóstico tardío.” (Sic)

66. El 4 de octubre de 2017, V1 fue atendida en el Hospital “Adolfo López Mateos” por AR2, quien estableció en su nota médica que V1 cursaba en alta sospecha con síndrome de Noonan, con “(…) *miocardiopatía, nefropatía, foramen oval permeable, probable estrechez de uretero izquierdo (...)*”, estaba siendo tratada con antihipertensivos y diuréticos (captopril y espironolactona) y al momento de la valoración la encontró asintomática, con “*precordio ligeramente hipodinámico, con soplo GII/VII en segundo espacio intercostal izquierdo*”, por lo que le programó cita en diciembre 2017.

67. De acuerdo con la opinión médica de este Organismo Nacional, AR2 omitió realizar una adecuada exploración clínica a V1, ya que pasó desapercibida la malformación craneal y retraso en el desarrollo que presentaba, pues no lo señaló

en su nota médica, lo que tuvo como consecuencia una dilación en el diagnóstico y tratamiento oportuno.

68. Con esta omisión, AR2 incumplió lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud, el cual establece en su artículo 9 que la atención médica debe llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

69. De igual forma, AR2 inobservó los lineamientos señalados en la Guía de Práctica Clínica *“Detección del Trastorno Específico del Desarrollo Psicomotor en Niños de 0 a 3 años”*, al pasar por alto la malformación craneal y retraso en el desarrollo que presentó V1 en aquel momento.

70. El 22 de enero de 2018, V1 (en ese momento tenía 1 año 9 meses de edad) fue valorada en el área de Genética Médica del Centro Médico Nacional *“20 de noviembre”* por AR3, quien en su informe enviado a esta Comisión Nacional refirió que al explorar a V1, ésta no había hablado ni tenía control de esfínteres, tampoco tenía *“bipedestación ni marcha”*, es decir, no podía pararse sola ni caminar, y diagnosticó *“cardiopatía congénita, ectasia renal derecha, retraso del desarrollo, síndrome dismórfico.”* En la exploración física de V1, AR3 reportó lo siguiente:

“(…) talla de 84 centímetros, percentil +1 ds para niñas con síndrome de Nonan y su edad, según tablas para control y prevención de enfermedades, perímetro cefálico de 45.5 centímetros, percentil 10 para niñas de su edad, según tablas para control y prevención de enfermedades, intercantal interna: 3 centímetros, percentil +2, para niñas de su edad (...) interpupilar: 7

centímetros: mayor a percentil 97, para niñas de su edad (...) escafocefalia [deformidad craneal que aparece durante los primeros meses de vida que consiste en la cabeza larga y estrecha], cabello rizado, líneas capilares anterior alta, posterior baja, sutura metópica y sagital prominentes, pabellones auriculares: izquierdo de baja implantación, plegamiento de hélix bilateral, acopados, rotación posterior frente amplia, hipoplasia de arcos supraciliares, cejas escasas, ojos simétricos, fisuras horizontales, aparenta proptosis bilateral, hipertelorismo, nariz central de raíz ancha, puente ancho, punta bulbosa, alas hipoplásticas, narinas antevertidas, base ancha, filtrum largo y pronunciado, labios gruesos, cavidad oral íntegra, úvula central, paladar íntegro, cuello corto y ancho, tórax: soplo III/VI sistólico, plurifocal, abdomen blando no doloroso, sin megalias, genitales: hipoplasia de labios menores, extremidades superiores: simétricas, sin alteración, extremidades inferiores: clinodactilia quinto dedo [condición congénita que provoca la curvatura de un dedo de la mano o pie, usualmente el meñique hacia el anular] (...) tamiz metabólico ampliado 14/10/17, normal, a decir de los padres ecocardiograma reporta estenosis pulmonar. Análisis: femenino de 1 año 9 meses, que es referida con sospecha diagnóstica de Síndrome de Noonan, a decir de sus padres presenta estenosis pulmonar, que es la cardiopatía característica de dicho síndrome, además presenta características fenotípicas [cualquier característica o rasgo observable

de un organismo, como su morfología, desarrollo, propiedades bioquímicas y fisiología] *de la rasopatía* [grupo de enfermedades de origen genético que se caracterizan por presentar una mutación que afecta a los genes que codifican las proteínas] *en mención, solicitamos estudios complementarios para abordaje diagnóstico, por la saturación del servicio, esperamos que en medida de lo posible su hospital regional pueda realizar paraclínicos para evitar demoras en el diagnóstico. Se toman datos ya que nuestro hospital está montando un protocolo de investigación para el diagnóstico molecular de diversas rasopatías, sobre todo debido a que las características clínicas se traslapan en forma de un espectro. Impresión diagnóstica: Rasopatía, probable Síndrome de Noonan. Plan terapéutico: próxima cita solicitar valoración psicométrica para que, ya que tenga más de 2 años de edad, Bh, perfil tiroideo, coagulación, factores de coagulación, TAC de cráneo, USG renal y pélvico, potenciales auditivos y visuales, interconsulta a oftalmología, foniatría para terapia de lenguaje. Cita genética médica con los resultados para 30/08/2018.” (Sic)*

71. En el referido informe, AR3 indicó que el Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, no contaba con estudios de biología molecular en forma asistencial para ningún padecimiento genético. Agregó que el no contar con cariotipos había generado un rezago aproximado de 500 pacientes en la consulta externa que la tenían “*dando citas subsecuentes con un diferimiento de 8 meses*”.

72. En este sentido, se advierte que AR3 fue omisa en considerar la posibilidad de solicitar una subrogación de servicios para ampliar el protocolo de estudios de biología molecular, tal como lo prevé el artículo 6 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE.¹⁶

73. Por lo anterior, V2 decidió llevar a V1 para su atención correspondiente con M2, quien después de los estudios conducentes determinó que V1 tenía una condición médica llamada “*craneosinostosis*”, por lo que requería de manera urgente recibir tratamiento para evitar secuelas irreversibles.

74. El 25 de mayo de 2018, V1 fue valorada en el Hospital Infantil de México por SP1, quien le explicó a V2 y V3 que V1 requería de una operación de forma urgente, ya que tenía “*escafocefalia tardía*” y era primordial descomprimir la presión que tenía en el cerebro.

75. De acuerdo con lo establecido en la opinión médica emitida por esta Comisión Nacional, la *escafocefalia* es la “*fusión prematura de la sutura sagital que ocasiona dismorfia craneal ovoidea, dicho cierre origina diversos grados de compresión cerebral, hipertensión intracraneana y deterioro del psiconeurodesarrollo [de la niña o el niño] (...)*”, tal como se muestra en la Imagen 1:

¹⁶ “En los casos en que el Instituto no cuente con la posibilidad de prestar los servicios de atención médica, o aun contando con estos, la demanda supere la capacidad instalada, se podrán celebrar contratos o convenios para subrogar los mismos, conforme a la Ley de Adquisiciones y Obras Públicas y a las disposiciones que sobre la materia expida el Instituto. La subrogación de los servicios médicos del Instituto se realizará mediante contrato o convenio, preferentemente con instituciones públicas del sector salud o en su caso, con las empresas e instituciones del sector privado (...).” (Sic)

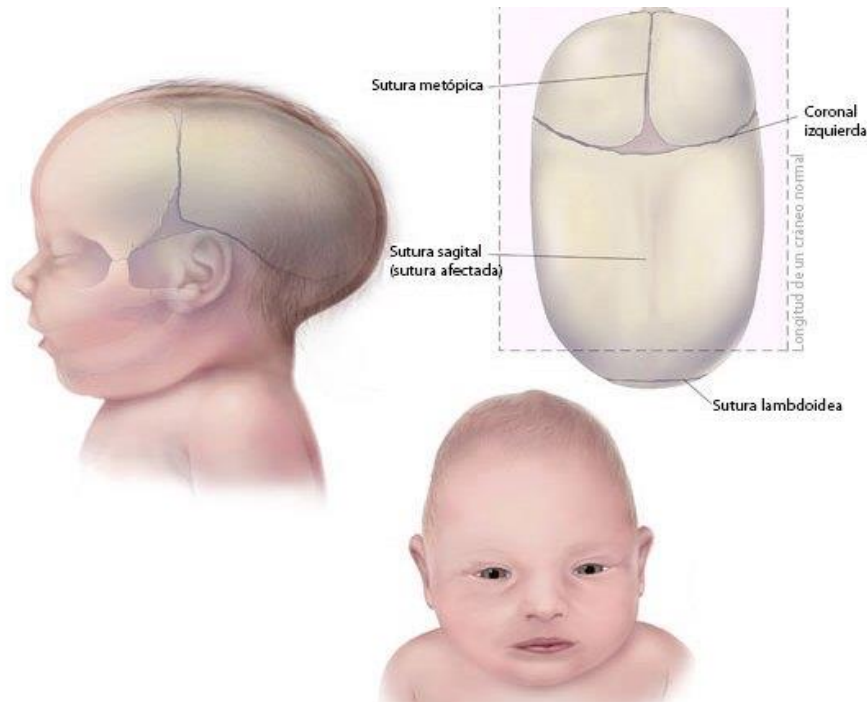


Imagen 1. Elaborada por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo, ambos de los Estados Unidos de América.

76. La opinión médica de este Organismo Nacional también señaló que “(...) *el tratamiento quirúrgico de esta craneostenosis se debe realizar al momento del diagnóstico, preferentemente antes de los seis meses de edad (...).*” (Sic)

77. El 12 de junio de 2018, personal médico del Hospital Infantil de México realizó una remodelación craneal¹⁷ a V1, de donde fue dada de alta el 15 de junio de 2018.

78. Con la finalidad de conocer el estado de salud de V1 con posterioridad a la intervención quirúrgica de remodelación craneal que se le realizó, este Organismo

¹⁷ En el informe que el Hospital Infantil de México envió a este Organismo Nacional, refirió que la craneoplastia realizada a V1 consistió en la “*transposición de parietales y craneotomía sagital, craneotomía frontal, margaritas frontales (...).*”

Nacional certificó su estado psicofísico el 20 de agosto de 2020. Respecto a la exploración física, observando lo siguiente:

“(...) emite sonidos guturales, por momentos se mostró inquieta, tolerando por períodos cortos permanecer en una sola posición, imita movimientos de sus padres, al llamarle por su nombre no atiende con facilidad a voces no conocidas, observo dismorfia facial, con discreta palidez de tegumentos, bien hidratada, déficit llamativo de capacidades sociales, lingüísticas y de sociabilización (...)”. (Sic)

79. Por cuanto hace a la exploración física de sus ojos, oídos, nariz, boca y garganta, se observó lo siguiente:

“(...) hipertelorismo ocular aparente (aumento de la distancia que separa las paredes internas de la órbita derecha e izquierda), fija la mirada, prefiriendo ojo derecho, ojo izquierdo con estrabismo divergente (ojo se desvía hacia afuera, por lo que se tiende a alejar de la nariz), discreto exoftalmos (protrusión anormal de uno o ambos ojos), implantación baja de pabellones auriculares, discreto plegamiento de hélix bilateral (plegamiento de porción superior de ambos pabellones auriculares), nariz ancha con puente nasal deprimido, labios gruesos, sin datos patológicos aparentes, sin huellas de lesiones recientes y visibles al exterior.” (Sic)

80. En la exploración física de cráneo y nuca se observó “(...) *cabello castaño oscuro, rizado, crecimiento mediano, sin observar hundimientos o abultamientos, refiere la madre presencia de cicatriz en forma de diadema biauricular, evito acercarme por sana distancia, en este apartado su familiar madre agrega que la niña no tolera que le toquen la cabeza, no observo a distancia huellas de lesiones recientes y visibles al exterior.*” (Sic)

81. Por cuanto hace al estado emocional de V1, se estableció que tiene problemas de fonación del lenguaje, emite sonidos guturales y tiene dificultad para la marcha que compensa caminando con la parte frontal de los pies.

82. En la entrevista que se sostuvo con V2, refirió que V1 presenta estrabismo, el cual es notorio, y ha sido diagnosticada con “*retraso global del desarrollo*” que, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, tal diagnóstico “(...) *se reserva para individuos menores de 5 años cuando el nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma fiable durante los primeros años de la infancia.*”¹⁸

83. Finalmente, la certificación de estado psicofísico realizada por esta Comisión Nacional arribó a las conclusiones siguientes:

“(...)

SEGUNDA: (...) alteraciones genéticas descritas según la literatura médica especializada del tipo síndrome dismórfico, entendiéndolo como un patrón clínico

¹⁸ Asociación Psiquiátrica Americana (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). Editorial Panamericana. México, pág. 41.

peculiar que se reconoce a la exploración física y corresponde a una enfermedad congénita particular, en la que se encuentran una o más anormalidades mayores y un número variable de anomalías menores, aunque suelen haber variaciones entre pacientes, en este caso particular por los antecedentes de [V1] se corresponde con un síndrome muy raro [f]acio-cardio-renal, caracterizado por déficit intelectual, alteraciones en riñón y defectos congénitos del corazón, al que pertenece el síndrome de Noonan.

TERCERA: Desde el punto de vista clínico psicológico las manifestaciones de dificultad en el lenguaje, principalmente la fonación, en el sistema psicomotriz grueso son las esperadas en el diagnóstico de RETRASO GLOBAL DEL NEURODESARROLLO, que manifestó [V2] se le diagnosticó a [V1]; sin embargo, debe evaluarse posteriormente a mayor profundidad para comprender las áreas afectadas específicamente y plantear los tratamientos adecuados, como señala el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-V.

CUARTA: En observancia del padecimiento de la [persona] menor [de edad], crónico y limitante en diversas áreas de su vida, social, personal, afectiva, déficit llamativo de capacidades psicomotoras, sociales, lingüísticas del aprendizaje y neurológicas, secundarias

al diagnóstico tardío de síndrome dismórfico etc., es necesario que se le brinde tratamiento multidisciplinario, de educación especial, neurológicos, y los que sean requeridos, así como su manejo en casa, recomendando que tanto los familiares, padres, como [V1] tengan acompañamiento emocional especializado por el nivel de atención que le corresponda a criterio de los especialistas tratantes.” (Sic)

84. El 1º de septiembre de 2020, V2 presentó un escrito a esta Comisión Nacional, al cual adjuntó un resumen de atención médica respecto de V1, de fecha 28 de agosto de 2020, elaborado por SP1, médico neurocirujano pediatra del Hospital Infantil de México, en el que diagnosticó: *“1.- Craneosinostosis, pansinostosis. Operada de remodelación craneal. 2.-Retraso Global del Neurodesarrollo. 3.- Discapacidad intelectual moderada.”*

85. En tal resumen de atención médica, SP1 estableció como plan de tratamiento y pronóstico a V1: *“Estimulación, neuro rehabilitación y escolaridad especial. Necesidades físicas, emocionales y escolares. El pronóstico es reservado para la función (...).” (Sic)*

86. Del análisis de las evidencias que anteceden, se determinó que AR1, AR2 y AR3 incumplieron en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27, fracción III, 32, 33, fracción II y III, 51 y 77 bis 37, fracciones I, III y XVI, de la Ley General de Salud, así como los numerales 22, 23, 53, 54 y 59 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que en términos generales establecen que todo paciente tiene derecho a un trato digno y respetuoso, obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad

idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento igualmente oportuno, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V1.

B. VIOLACIÓN AL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ, EN AGRAVIO DE V1.

87. La Convención sobre los Derechos del Niño,¹⁹ en su artículo 3.1 dispone que *“[e]n 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 a que se atenderá será el interés superior del niño.”*

88. El artículo 24.1 del referido instrumento internacional establece que: *“[l]os Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. (...).”*

89. Asimismo, en su artículo 24.2 inciso b) señala que: *“[l]os Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para (...) [a]segurar 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; (...).”*

¹⁹ De observancia obligatoria para México al ratificarla el 21 de septiembre de 1990.

90. La Observación General No. 14, “*Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial*” del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (Artículo 3, párrafo 1)²⁰ señala que “*La plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holísticas del niño y promover su dignidad humana (...).*”

91. En la misma Observación General 14, el Comité de los Derechos del Niño sostiene que el interés superior de la niñez es un concepto triple: “*un derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y una norma de procedimiento.*”²¹

92. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en el artículo 19 ilustra que todo niño, niña o adolescente debe recibir “*las medidas de protección que su condición de menor requiere (...).*”

93. La CrIDH reconoce la protección especial que deben tener los niños, al resolver que: “*(...) los niños[,] niñas [y adolescentes] tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos por parte [del] Estado. Además, su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho*

²⁰ Introducción, inciso A, numeral 5. Mayo de 2013.

²¹ *Ibidem*, Introducción, p. 6 “*(...) a) el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial que se evalúe y tenga en cuenta el sopesar distintos intereses para tomar una decisión sobre una cuestión debatida, y la garantía de que ese derecho se pondrá en práctica siempre que se tenga que adoptar una decisión que afecte a un niño (...), b) si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá la interpretación que satisfaga de manera más efectiva el interés superior del niño, c) (...) siempre que se tenga que tomar una decisión que afecte a un niño en concreto (...), el proceso de adopción de decisiones deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la decisión en el niño (...).*” Véase Tesis constitucional “*Derecho de los niñas, niños y adolescentes. El interés superior del menor se rige como la consideración primordial que debe de fundarse en cualquier decisión que les afecte*”. Seminario Judicial de la Federación, enero de 2017, registro 2013385.

adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona (...).²²

94. El artículo 4º constitucional, en su párrafo noveno dispone que “[e]n 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.”

95. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha reconocido que las afectaciones al interés superior de la niñez requieren de un escrutinio estricto, lo cual implica que las autoridades deben brindar una protección reforzada en todos los casos y ámbitos en que, directa o indirectamente, se vean involucrados niñas, niños y adolescentes, ya que sus intereses deben protegerse siempre con una mayor intensidad.

96. El artículo 2º de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes establece en su segundo párrafo que “[e]l interés superior de la niñez deberá ser considerado de manera primordial en la toma de decisiones sobre una cuestión debatida que involucre niñas, niños y adolescentes. Cuando se presenten diferentes interpretaciones se atenderá a lo establecidos en la Constitución y en los tratados internacionales de que México forma parte.”

97. El artículo 5º de la citada Ley dispone que son niñas y niños las personas menores de doce años de edad.

98. Esta Comisión Nacional advierte con las evidencias reseñadas y analizadas que AR1, AR2 y AR3, y demás personal profesional de la salud que pudiera resultar

²² “Caso González y otras (‘Campo algodnero’) Vs. México”, sentencia de 16 de noviembre de 2009 (Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas), párrafo 408.

responsable omitieron observar los anteriores preceptos de Derecho interno e internacional con carácter obligatorio para todas las autoridades del Estado Mexicano, al no ponderar ni considerar el interés superior de V1 en su calidad de niño, como criterio orientador primordial y de observancia obligatoria, por mandato constitucional y convencional, en todas las decisiones, procedimientos, actuaciones y actividades relacionadas con la atención médica proporcionada a V1, con lo cual lo expusieron a una situación de mayor vulnerabilidad en los hechos cometidos en su agravio que fueron detallados en los apartados anteriores, pues su obligación era brindarle una mayor protección y salvaguarda en su persona e integridad.

99. En consecuencia, AR1, AR2 y AR3 vulneraron el interés superior de la niñez, al no haber considerado las condiciones mínimas que le garantizaran a V1 los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud implicaría *“una atención sanitaria de alta calidad que identifique las necesidades de salud de las personas de una forma total y precisa con recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”*²³ con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención médica, con la cual se evita, previenen y mejoran los resultados adversos derivados de procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció, debido a que no se consideró que V1 formaba parte de un grupo vulnerable atento a su edad.

100. Cabe mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4º, párrafo cuarto constitucional, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los

²³Secretaría de Salud. *“Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”*, 2013, p. 26.

centros de salud públicos, para proteger, promover y restablecer la salud de las personas.

101. En el presente caso, AR1, AR2 ni AR3 consideraron el estado de vulnerabilidad en que se encontraba V1 ante su edad, lo que ameritaba la realización de una historia clínica y solicitud de estudios que le permitieran detectar de manera temprana su padecimiento a fin de que pudiera establecer acciones que evitaran la vulneración a su derecho a humano a la salud.

102. A fin de garantizar una adecuada atención médica se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.²⁴

103. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

104. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero consistente en: *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, en especial, en relación a la meta 3.8, cuya misión es: *“(...) Lograr la cobertura sanitaria universal, (...) incluid[o] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (...)”*.

²⁴ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

105. Por tanto, corresponde al Estado mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo para que se garantice una vida saludable y se promueva el bienestar para todos a cualquier edad; por ello, se requiere reforzar los servicios hospitalarios para que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones propias de su encargo y se diagnostique a los pacientes de manera adecuada y con base en los protocolos existentes para cada padecimiento.

C. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.

106. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a información.

107. Este Organismo Nacional en la Recomendación General 29/2017,²⁵ párrafo 27, consideró que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”*

108. En ese sentido, la CrIDH en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, sostuvo que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.”*²⁶

²⁵ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

²⁶ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

109. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 *“Del expediente clínico”*, establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).”*²⁷

110. Este Organismo Nacional, en la precitada Recomendación General 29/2017, expuso que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que las personas usuarias de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.

111. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la

²⁷ Introducción, párrafo segundo.

verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²⁸

112. En consecuencia, la indebida integración del expediente clínico dificulta la investigación respecto de presuntas violaciones a derechos humanos y, en el caso particular, se analizarán las irregularidades que este Organismo Nacional advirtió en el caso de V1.

C.1. INADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

113. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advirtió que en la nota médica de cardiopediatría que elaboró AR2 el 4 de octubre de 2018, escribió de forma ilegible su nombre, con lo cual incumplió lo dispuesto en el numeral 5.10 y 5.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 “*Del expediente clínico*”, que claramente señala que todas las notas en el expediente clínico deberán contener el nombre completo de quien las elabora, así como su firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso. Asimismo, deberán escribirse con letra legible (incluyendo el nombre de quien la elabora) y sin abreviaturas, lo que no ocurrió en este caso.

114. Estas irregularidades en la integración y llenado de las notas médicas contenidas en el expediente clínico de V1 constituyen una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer la adecuada atención médica, pero también a las personas responsables de ésta con relación de las personas pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento, con lo cual se vulnera el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de su atención médica en las

²⁸ CNDH, párrafo 34.

instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

115. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012 *“Del expediente clínico”* ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se revelaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de las personas usuarias de los servicios médicos y la atención que reciben.

116. A pesar de tales recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la referida Norma Oficial Mexicana, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a las personas usuarias, lo cual se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud y como se asentó, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, por lo que, la autoridad responsable está obligada a adoptar medidas preventivas para que se cumpla en sus términos.

117. Cabe destacar que el 8 de septiembre de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la diversa NOM-024-SSA3-2010, *“que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud”*, la cual también es de observancia obligatoria en el sector público y para quienes presten servicios médicos de los sectores social y privado, que adopten sistemas de registros electrónicos en materia de salud; por ello, es indispensable que el ISSSTE

considere su subsecuente aplicabilidad al ser considerado un: *“Sistema Informático que almacena los datos del paciente en formato digital, que se almacenan e intercambian de manera segura y puede ser accesado por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integral la atención y cuidados de salud”*.²⁹

D. RESPONSABILIDAD.

118. La responsabilidad de AR1 provino de su omisión en realizar una exploración neurológica intencionada y dirigida que indagara en el origen del retraso del neurodesarrollo y de la disfunción generalizada de V1, lo cual es de conocimiento obligado en su especialidad (neurología pediátrica).

119. De igual forma, AR1 fue omisa en explorar la malformación craneal que ya presentaba en ese momento V1, sólo se limitó a señalar que cursaba con *“turricefalia”* (malformación del cráneo debida a un cierre prematuro de las suturas craneales).

120. AR1 también omitió especificar los motivos por los que pospuso la solicitud de resonancia magnética hasta que V1 cumpliera 2 años de edad, lo cual tuvo como consecuencia dilación en el diagnóstico y tratamiento de V1, situación que puso en riesgo su adecuado desarrollo.

121. Las omisiones de AR1 anteriormente descritas contravinieron lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud de Prestación de Servicios Médicos que en su artículo 9 establece con claridad que la atención médica debe llevarse a cabo

²⁹ Manual del expediente clínico electrónico emitido por la Secretaría de Salud en el año 2011, 1ª edición, p.11.

de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como lo señalado por la Guía de Práctica Clínica *“Detección del Trastorno Específico del Desarrollo Psicomotor en Niños de 0 a 3 años”*.

122. La responsabilidad de AR2 consistió en realizar una inadecuada exploración clínica a V1, toda vez que pasó desapercibida la malformación craneal y retraso en el desarrollo que presentaba, ya que fue omiso en señalarlo en su nota médica, lo que tuvo como consecuencia la dilación en el diagnóstico y tratamiento oportuno de V1, con lo cual incumplió lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica *“Detección del Trastorno Específico del Desarrollo Psicomotor en Niños de 0 a 3 años”*.

123. En particular, AR1 y AR2 inobservaron el artículo 22 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ya que dispone que *“[e]l Médico Tratante será el responsable ante el Instituto y sus Pacientes, de los diagnósticos y tratamientos que establezca dentro de las instalaciones del Instituto, de igual manera tendrán responsabilidad la enfermera, el personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y demás personal que intervenga en el manejo del Paciente, respecto al servicio que cada uno proporcione, en los términos de la legislación y normatividad aplicable.”*

124. No pasa desapercibido para esta Comisión Nacional que AR2 también incumplió lo dispuesto en el numeral 5.10 y 5.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 *“Del expediente clínico”*, que claramente señala que todas las notas en el expediente clínico deberán contener el nombre completo de quien las elabora, así como su firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso. Asimismo, deberán escribirse con letra legible (incluyendo el nombre de quien la elabora) y sin abreviaturas, lo cual no ocurrió en este caso.

125. AR3 fue omisa en considerar la posibilidad de solicitar una subrogación de servicios para el efecto de ampliar el protocolo de estudios de biología molecular que debió realizarse a V1, con lo cual la atención que le brindó fue incompleta y deficiente, e inobservó lo dispuesto en el artículo 6 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE.

126. AR1, AR2 y AR3 incumplieron en el ejercicio de sus funciones con los artículos 27, fracción III, 32, 33, fracción II y III, 51 y 77 bis 37, fracciones I, III y XVI, de la Ley General de Salud, así como los numerales 22, 23, 53, 54 y 59 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, que en términos generales establecen que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea e integral, actividades de atención médica curativas con la finalidad de que se efectúe un diagnóstico oportuno y certero y se proporcione un tratamiento igualmente oportuno, el cual quede debidamente plasmado en el expediente clínico, lo que en el caso particular no aconteció por las omisiones e irregularidades expuestas, lo cual vulneró el derecho humano a la salud de V1.

127. De lo anterior, se colige que AR1, AR2 y AR3, médicos con la calidad de personas servidoras públicas al momento de ocurrir los hechos esgrimidos que vulneraron los derechos humanos de V1, también con su conducta afectaron la legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto que deben ser observados en el desempeño del empleo, cargo o comisión, principios rectores del servicio público federal, conforme a lo dispuesto en los artículos 6 y 7, fracciones I, III, IV, V, VI, VII y VIII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, así como el artículo 252 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que prevén la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u

omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público; en ese sentido, aun cuando la labor médica no garantice la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, así como brindar un trato digno y respetuoso contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció.

128. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

128.1. Denuncia ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3 y en contra de quien resulte responsable con motivo de las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de V1, así como respecto a la integración del expediente clínico por cuanto hace a AR2.

128.2. Denuncia ante la Fiscalía General de la República en contra de AR1, AR2, AR3 y de quien resulte responsable con motivo de la deficiente atención médica brindada a V1.

129. La autoridad administrativa y ministerial encargadas de las investigaciones correspondientes, deberán tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación para que, en su caso, determinen las responsabilidades de AR1, AR2, AR3 y en contra de quien resulte en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V1.

130. Como ha quedado acreditado las violaciones a derechos humanos en agravio de V1 por parte de AR1, AR2 y AR3 por las razones antes expuestas, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en el expediente laboral de tales personas servidoras públicas para que quede constancia que sus responsabilidades profesionales vulneraron derechos humanos.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

131. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr su efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

132. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto; 2, fracción I; 7, fracciones I, III y VI; 26; 27, fracciones I, II, III, IV y V; 62, fracción I; 64, fracciones I, II y VII; 65 inciso c); 73, fracción V; 74, fracción VI; 75, fracción IV; 88, fracciones II y XXIII; 96; 99, fracción I; 106, 110, fracción IV; 111, fracción I; 112;

126, fracción VIII; 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, al interés superior de la niñez y al acceso a la información en materia de salud en agravio de V1, V2 y V3, deberán ser inscritos en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para lo cual, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

133. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

134. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la CrIDH asumió que: *“(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”*, además precisó que *“(...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso,*

las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos".³⁰

135. Sobre el “deber de prevención”, la CrIDH sostuvo que: “(...) *abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...)*.”³¹

136. Esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados en los términos siguientes:

i. Medidas de Rehabilitación.

137. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”.

138. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V1, V2 y V3 atención psicológica y/o

³⁰ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

³¹ “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.

multidisciplinaria que requieran. En particular, a V1 se le deberá brindar la atención médica multidisciplinaria, terapias de rehabilitación neurofísica, desarrollo cognitivo y cualquier otra que requiera de manera vitalicia, las cuales deberán ser proporcionadas por personal profesional especializado, prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género de forma ininterrumpida para que pueda desarrollar su personalidad y capacidad al máximo nivel posible.

139. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para V1, V2 y V3 con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos, en su caso, deberán ser provistos de forma vitalicia y deben incluir el suministro de los medicamentos que se requieran.

ii. Medidas de Compensación.

140. La compensación se encuentra establecida en los artículos 27, fracción III, 64 a 72 de la Ley General de Víctimas, la cual consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia.”*³² Por ello, el ISSSTE en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto a otorgar como compensación a V1, V2, V3 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación para que, en el ejercicio de sus atribuciones proceda conforme a Derecho.

³² “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párr. 244.

141. A fin de cuantificar el monto de la compensación, deberán atenderse los siguientes parámetros:

- Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la CrIDH como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.
- Daño inmaterial. Comprende, tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas directas e indirectas.

iii. Medidas de Satisfacción.

142. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que en el presente caso, la satisfacción comprende que el ISSSTE colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en ese Instituto y el Ministerio Público de la Federación correspondiente, en el seguimiento de la denuncia administrativa y en materia penal que se presentarán en contra de AR1, AR2, AR3

y quien resulte responsable, a fin de que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos, e informe a esta Comisión Nacional su colaboración en las mismas.

iv. Medidas de no repetición.

143. De conformidad con lo establecido en los artículos 27, fracción V, 74 al 78 de la Ley General de Víctimas, estas consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

144. Al respecto, las autoridades del ISSSTE deberán implementar un curso integral a partir de la aceptación de la presente Recomendación, a todo el personal médico del servicio de pediatría y neurología del Hospital “Adolfo López Mateos”, así como del servicio de genética del Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, ambos del ISSSTE, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como de la elaboración, integración, uso, manejo, archivo y conservación del expediente clínico y los documentos que lo integran, como herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud, en términos de lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, el cual deberá impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en la materia. El contenido de dicho curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad.

145. A partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal médico del área de pediatría y neurología del Hospital “Adolfo López Mateos”, así como del área de genética del Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, ambos del ISSSTE, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa con debida diligencia, probidad y profesionalismo.

146. Lo anterior de conformidad en lo previsto por el “Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”³³, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

147. Se deberá implementar un protocolo de supervisión que garantice la observancia e implementación permanente de la Guía de Práctica Clínica “Detección del Trastorno Específico del Desarrollo Psicomotor en Niños de 0 a 3 años”, por parte del personal médico que preste sus servicios en las áreas de pediatría y neurología del Hospital “Adolfo López Mateos”, así como en el área de genética del Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, ambos del ISSSTE.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

³³ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se proceda a la inmediata reparación del daño ocasionado a V1, V2 y V3, a través de una compensación económica, a tal efecto la CEAV deberá emitir el dictamen correspondiente, esa compensación deberá ser proporcional y apropiada a la gravedad de las violaciones sufridas; asimismo, deberá tener coordinación interinstitucional subsidiaria y complementaria hasta el otorgamiento de la misma, y remita a este Organismo Nacional las pruebas de cumplimiento.

SEGUNDA. Se realice el ingreso de V1, V2 y V3 al Registro Nacional de Víctimas, a través de la noticia de hechos de la presente Recomendación acompañada con el formato único de declaración diseñado por la CEAV, en la que obren las medidas de ayuda, asistencia, atención, acceso a la justicia y reparación integral del daño previstas en la Ley General de Víctimas, y remita a esta Comisión Nacional las pruebas de su cumplimiento.

TERCERA. En el ámbito de sus facultades y en términos de la Ley General de Víctimas, se repare integralmente el daño a las víctimas reconocidas en la presente Recomendación, mediante la atención psicológica y/o multidisciplinaria que requieran V2 y V3, y en el caso de V1 se deberán brindar terapias de rehabilitación neurofísica, desarrollo cognitivo y cualquier otra, aunada a la atención médica multidisciplinaria que requiera, todo ello de manera vitalicia, las cuales deberán ser proporcionadas por personal profesional especializado, prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma ininterrumpida, para que pueda desarrollar su personalidad y capacidad al máximo nivel posible, por sí o a través de autoridades que para tal efecto puedan auxiliar evitando la revictimización. Para el cumplimiento de este punto recomendatorio, se deberá acreditar que dicha

atención sea continua y a satisfacción de las víctimas, en caso de que no pueda ser así, se señalen los motivos por los cuales no fue posible continuar con las medidas y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se realicen las gestiones pertinentes para la constitución de un Fideicomiso, en un tiempo no mayor a 6 meses, con la finalidad de que a V1, V2 y V3 se les garanticen los recursos económicos suficientes para su rehabilitación, capacitación y/o formación, a fin de lograr ésta y la realización de su plan de vida, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. Colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en ese Instituto en la presentación y seguimiento de la denuncia que este Organismo Nacional formulará en contra de AR1, AR2, AR3 y en contra de quien resulte responsable, con motivo de las irregularidades en la atención médica de V1, así como las relacionadas con la inadecuada integración del expediente clínico, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

SEXTA. Colabore ampliamente con la Fiscalía General de la República en la denuncia de hechos que esta Comisión Nacional formulará en contra de AR1, AR2, AR3 y quien resulte responsable por la inadecuada atención médica proporcionada a V1, debiendo enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

SÉPTIMA. Una vez que se determine la responsabilidad dentro de los procedimientos que al efecto se inicien, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en el expediente laboral de AR1, AR2 y AR3 por las violaciones a

los derechos humanos cometidas en agravio de V1, V2 y V3, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. Se diseñe e imparta en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral a todo el personal médico del servicio de pediatría y neurología del Hospital “*Adolfo López Mateos*”, así como del servicio de genética del Centro Médico Nacional “*20 de noviembre*”, ambos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como de la elaboración, integración, uso, manejo, archivo y conservación del expediente clínico y los documentos que lo integran, como herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud, en términos de lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, el cual deberá impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en la materia. El contenido de dicho curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, y remitir a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

NOVENA. Se giren instrucciones para que en el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita diversa circular dirigida al personal médico de las áreas de pediatría y neurología del Hospital “*Adolfo López Mateos*”, así como del área de genética del Centro Médico Nacional “*20 de noviembre*”, ambos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en la que se exhorte, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para

atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

DÉCIMA. Se instruya a quien corresponda para que se establezca un protocolo de supervisión que garantice la observancia e implementación permanente de la Guía de Práctica Clínica *“Detección del Trastorno Específico del Desarrollo Psicomotor en Niños de 0 a 3 años”*, por parte del personal médico que preste sus servicios en las áreas de pediatría y neurología del Hospital *“Adolfo López Mateos”*, así como en el área de genética del Centro Médico Nacional *“20 de noviembre”*, ambos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, hecho lo cual se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

DÉCIMA PRIMERA. Se designe a la persona servidora pública de alto nivel de decisión que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

148. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

149. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

150. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

151. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ante ello este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA