

RECOMENDACIÓN No. CEDH/05/2023-R

Violación del derecho a la protección de la salud y a la vida a causa de prestación ineficiente del servicio público de salud en perjuicio de **VD**, y violación del derecho al consentimiento libre e informado en agravio de **VI1** y **VI2**.¹

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 21 de noviembre de 2023.

C. DR. JOSÉ MANUEL CRUZ CASTELLANOS.

Secretario de Salud y Director General del
Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Respetable Secretario de Salud:

La Comisión Estatal de los Derechos Humanos, con fundamento en lo previsto en los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 98 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas; 1o., 2o., 4o., 5o., 18 fracciones I, IV, XV, XVIII, XXI y XXII, 23, 27, fracción XXVIII, 37, fracciones I, III, V y VI, 43, 45, 47, 50, 51, 62, 63, 64, 66, 67, 69, 71, 72 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, y 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196 de su Reglamento Interior, ha examinado los elementos de convicción

¹ La presente versión pública tiene el propósito de proteger la identidad y datos personales de las personas involucradas en los hechos del caso analizado. Lo anterior, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 43, párrafo quinto de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos; y 116, párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Dicha información se da a conocer a la autoridad a través del listado de claves empleadas en la presente Recomendación (Anexo 1).

obrantes en el expediente de queja **CEDH/0881/2021**, el cual atañe a la vulneración de los derechos humanos de **VD**.

En tal virtud, procede a resolver al tenor de los siguientes:

I.- HECHOS.

1.- El 01 de diciembre de 2021, este organismo público de derechos humanos radicó el expediente de queja **CEDH/0881/2021** en virtud del escrito presentado por **VII**, persona migrante de nacionalidad haitiana, quien en acompañamiento del Centro de Derechos Humanos "Fray Matías de Córdova" A.C., interpuso queja a favor de **VD**, de nacionalidad chilena, por violación del derecho a la protección de la salud por parte de personal médico adscrito al Hospital General "Dr. Manuel Velasco Suárez", con residencia en Tapachula, Chiapas. Al respecto, **VII** manifestó lo siguiente:

"... de conformidad con los artículos 45 y 47 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Chiapas, vengo a presentar queja en contra del Hospital General de Tapachula.

*Por los actos violatorios de derechos humanos: a la vida, acceso a la salud, interés superior de la niñez, a no sufrir discriminación, en agravio de **VD**, de dos años de edad.*

Lo anterior, de acuerdo con las siguientes consideraciones de hecho y de derecho:

HECHOS

1. *El suscrito, junto con mi esposa de nombre **VI2**, salimos de Haití por la situación de violencia generalizada que impera ahí, en primer lugar, nos fuimos a vivir a Chile y ahí nació nuestro hijo **VD**, el día 20 de febrero de 2019.*

2. Debido a que en Chile la gente era muy racista y nos trataban mal y no encontramos condiciones de vida que me permitieran garantizar el mínimo vital para mi familia, por lo que el 12 de agosto de 2021 salimos de Chile para llegar a México a solicitar refugio, llegando el 22 de septiembre de 2021, ese mismo día nos fuimos a buscar hospedaje en la Ciudad de Tapachula para iniciar nuestros procedimientos de regularización.
3. Desde que llegamos a México, notamos que mi hijo **VD** tenía bastante tos y le faltaba la respiración, por lo que con fecha 26 de septiembre, acudimos al servicio de salud al Hospital Cofat, donde nos canalizaron al Hospital General de Tapachula. Desde ese día permaneció mi hijo, tal y como se demuestra con la constancia de hospitalización de fecha 27 de septiembre de 2021.
4. Es el caso, que mi hijo estuvo internado un mes y cinco días, durante ese periodo el trato de los médicos hacia mi esposa y al suscrito no eran muy buenos, pues no nos daban información entendible, ya que mi esposa no habla español y mi conocimiento del idioma no es muy bueno. La información que nos proporcionaron era importante para conocer con claridad la situación de salud de mi hijo y las decisiones que podíamos tomar a fin de salvaguardarla. Sólo una enfermera nos compartió información, nos dijo que mi hijo tenía agua en los pulmones y que le tenían que sacar el agua, yo veía que a mi hijo no le atendían, sólo lo dejaban ahí y así duró un mes.
5. Desde el 28 de octubre de 2021, una enfermera me dijo que mi hijo debía ser trasladado a Tuxtla Gutiérrez porque no había especialista, sin embargo, veía que no lo trasladaban y no había nadie que me explicara cómo debía proceder con eso.
6. Con fecha 29 de octubre de 2021, a las 10 de la mañana, me dieron una hoja de referencia, para decirme que debía trasladar a mi hijo al Hospital de Tuxtla Gutiérrez, estableciendo como motivo del envío "NO CONTAR CON ESPECIALISTA"

NEUMOLO PEDIATRA" y posteriormente, en el hospital, me informan que mi hijo había fallecido. Ello me extrañó porque lo había visto en la mañana y él estaba bien, me dijeron que sus pulmones se taparon de líquido y le colocaron una máquina, pero que eso no fue suficiente.

- 7. Cuando falleció mi hijo en el hospital me dijeron que era mi responsabilidad ver lo de su entierro, que no podía acceder a ningún apoyo, por lo que como pude, compré una urna, y lo enterramos el 31 de octubre en el Panteón Municipal, pero no recibí apoyo ni del hospital, ni del municipio ni de ninguna otra autoridad".*

2.- Mediante acuerdo de calificación de fecha 06 de diciembre de 2021, este Organismo acordó tener por admitida la instancia por presuntas violaciones de derechos humanos en agravio de **VD**, por parte del personal médico del Hospital General "Dr. Manuel Velasco Suárez" de Tapachula, consistentes en prestación ineficiente del servicio público; responsabilidad médica; obstaculización, restricción o negativa de garantizar el derecho a la salud de **VD** (Fojas 9-10).

3.- En oficio número **CEDH/VARTAP/3258/2021**, de 06 de diciembre de 2021, la CEDH requirió a la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas la información siguiente (Fojas 12-13): 1. informe del Director del Hospital General de Tapachula; 2. copias certificadas del expediente clínico del paciente **VD**; 3. listado del personal médico y de enfermería que brindó atención al mencionado paciente en el periodo comprendido del 27 de septiembre al 29 de octubre de 2021; 4) informes del personal médico y de enfermería que brindó atención a **VD** del 27 de septiembre al 29 de octubre de 2021; 5) informes del personal de trabajo social adscrito al Hospital General de Tapachula que brindó atención a **VI1** y **VI2**.

II.- EVIDENCIAS.

4.- Oficio **HGT/DJ/154/2022**, de 09 de febrero de 2022, suscrito por **APR**, Director del hospital “Dr. Manuel Velasco Suárez” de Tapachula, en virtud del cual anexó las siguientes documentales (Fojas 16-17):

4.1.- Oficio **HGT/DJ/122/2022**, de fecha 27 de enero de 2022, correspondiente al informe del Director del Hospital General de Tapachula en el que indicó lo siguiente: (Fojas 18-20)

*“... Con fecha 26 de septiembre de 2021, ingresa a esta Unidad de Salud: **VD**, masculino de 2.7 años de vida, originario de Chile, con estancia en nuestro país desde hace 5 días, producto de la cuarta gestación de una madre de 34 años de edad. Paciente que, al momento de su ingreso, refiere que hace 24 horas inicia con un quejido espiratorio, aleteo nasal, tiros intercostales y disociación toracoabdominal, hidratado, campos pulmonares con presencia de sibilancias espiratorias, estertores crepitantes bilaterales, ruidos cardiacos taquicárdicos, abdomen sin datos de irritación peritoneal, extremidades sin compromiso aparente. Con una impresión diagnóstica: dificultad respiratoria leve a moderada y bronconeumonía. Indicando el ingreso para protocolo diagnóstico terapéutico, solicitando que se le aplique oxígeno con mascarilla facial a 3 litros por minuto y micronebulizaciones, se realice el estudio de tórax, y se tomen muestras de sangre para biometría hemática completa, química sanguínea, electrolitos séricos y grupo sanguíneo. Se solicita interconsulta 1 pediatría, cuidados generales de enfermería, medidas de seguridad en el paciente y reportar eventualidades. Con un pronóstico reservado a evolución.*

Al día siguiente de su ingreso, el 27 de septiembre de 2021, al tratarse de un caso con sospecha de Sars-Cov2 (covid-19), médico del área de epidemiología, acude a realizarle al paciente un estudio para enfermedad de vías respiratorias, dejándolo en vigilancia epidemiológica y quedando pendiente la toma de la prueba PCR. Ese mismo día, se encuentra al paciente en muy

malas condiciones generales, con dificultad respiratoria grave, se determina que el paciente es candidato a punción pleural, drenaje, por lo que, se procede a drenar aproximadamente 250 ml. seropurulento.

Al día siguiente, 28 de septiembre del mismo año, se realiza radiografía de tórax donde se observa neumatocele derecho en ápice, así como cavitación apical izquierda, infiltrados bilaterales con aumento de trama vascular, neumotórax marginal derecho. El 29 de septiembre de 2021, continúa con tratamiento establecido, con doble esquema de antibióticos, con diagnóstico: Neumonía complicada, derrame pleural bilateral, anemia microcítica, hipocrómica carencial y descartar posible tuberculosis pulmonar. Por parte de epidemiología, se le realizó prueba PCR por sospecha de covid-19 pero hasta el 01 de octubre del mismo año, se comunica que el resultado de dicha prueba fue negativo; continúa con doble esquema de antibióticos, con antipiréticos y nebulizaciones con broncodilatador y esteroide inhalado.

En los días consecutivos, la evolución fue tórpida, a pesar de que los estudios de biometría hemática de control no lucían aparatosos y con leucocitos dentro de valores normales, el paciente continuaba con neumonía complicada, derrame bilateral, auscultar el frote pleural, por lo que se solicita tomografía de tórax que corroboró el derrame pleural de predominio derecho, ya que con la evolución del paciente indica alto riesgo para tabicación y evolución a paquipleuritis, que lo más probable es que ameritara decorticación. Persistía con polipnea, estertores fronte pleural y el resto sin cambios.

Con fecha 13 de octubre de 2021, se le colocó catéter venoso central, se le indica ayuno para que pase al día siguiente a quirófano. Siguiendo con lo programado, el día 13 de octubre de 2021, se realiza el procedimiento quirúrgico para instalar la sonda endopleural. En la observación, se encuentra drenando líquido serohemático, sin fibrina, aproximadamente 120 ml, hemodinámicamente estable, se solicita transfusión de

concentrado eritrocitario por hemoglobina de 8.6 mg/dl, la cual el papá del menor, **VII** no acepta, pero se insiste en la importancia de llevar a cabo dicho procedimiento. En su evolución se ve que tolera dieta líquida, afebril, evacuaciones al corriente, deambulación positiva, activo y reactivo, sin movimientos anormales, irritable.

El 22 de octubre de 2021, se reporta en la mañana que de manera incidental se sale la sonda pleural, el paciente se la arrancó, sin embargo, no presenta fiebre, ni dificultad respiratoria, se toma radiografía de tórax y no se evidencia derrame o neumotórax, en ese momento no se realiza ningún manejo quirúrgico, se mantiene en observación; el día 25 del mismo mes y año, se realizó de nueva cuenta radiografía, aun con datos de neumonía, sin dificultad respiratoria a la exploración, en ese momento no requiere manejo quirúrgico. Se transfunde paquete globular por biometría hemática de 8.8, anemia moderada. Ese mismo día, en la noche, el paciente presenta un cuadro febril, se solicita radiografía de tórax, sospecha de proceso infeccioso por catéter venoso central, se inicia tratamiento para combatirlo y se toman cultivos.

Siendo 28 de octubre de 2021, el paciente se encuentra con datos de dificultad respiratoria, irritable, estertores bilaterales, se indicaron puntas nasales pero **VD** se las retira y queda en vigilancia. Al día siguiente, por la mañana el paciente se encuentra estable, pero la dificultad respiratoria progresa, continúa con puntas nasales y se realiza envío a tercer nivel solicitando neumología; aproximadamente las 14:30 horas del mismo 29 de octubre de 2021, el paciente es valorado con polipnea, tiraje intercostal uso de musculatura accesoria leve, con hipoventilación de predominio basal derecho y submatidez bilateral derecho, saturando 94%, se solicita radiografía que muestra que continuaba con derrame pleural probable empiema pleural tabicado más plaquipleutis, por lo que se insiste en el envío a tercer nivel, cabe señalar que el padre del paciente no estaba de acuerdo en que se le colocara el sello pleural.

*El 29 de octubre de 2021, a las 21:00 horas, el paciente **VD**, se encontró con bolsa reservorio a 7 litros por minuto, con desaturaciones, taquicardia y datos de insuficiencia respiratoria, estertores bilaterales basales, tiraje intercostal, hipoventilación de predominio basal derecho, se comentó desde el turno anterior la necesidad de instalar sello pleural con cirujano pediatra, el cual el padre del paciente no acepta. Persiste con evolución tórpida con desaturaciones y quejido, por lo cual, se decide intubación endotraqueal y conectar a ventilador mecánico, persiste con desaturaciones y presenta paro cardiorespiratorio, se le administran dos dosis de adrenalina, bicarbonato y atropina, con masaje cardiaco externo, bolsa y mascarera durante 20 minutos, no respondiendo a las maniobras de reanimación, por lo cual, se da por fallecido a las 21:40 horas del 29 de octubre de 2021, teniendo como causa de muerte la insuficiencia respiratoria severa con un intervalo de inicio de 6 horas, como consecuencia de derrame pleural derecho con un intervalo de 30 días, originado por la neumonía adquirida en la comunidad desde hace más de 30 días.*

*En este tenor, es menester señalar que en todo momento se mantuvo informado al familiar del menor de edad, se buscaron los medios necesarios cuando por el idioma no se podía establecer una comunicación certera, para que la información fuese clara y entendible, de igual manera **VII**, entiende y habla el idioma español. Este hospital gestionó lo que en su momento se requirió en beneficio del paciente y con la única misión de salvaguardar su integridad física, de salud y vida. No obstante, desde el ingreso, el paciente se vio grave y delicado, como en cada una de las notas médicas lo expresan, el diagnóstico siempre fue reservado a su evolución y sin descartar posibles complicaciones, con un alto riesgo de deterioro, comprometer la vida; pero a pesar de ello, se hizo todo lo médicamente posible para garantizar su derecho constitucional a la salud, contando con personal médico, de enfermería y administrativo con ética y profesionalismo orientado a la atención integral del usuario, con alto sentido de humanidad, empatía y amor al prójimo, sin distinción de ninguna índole" (Sic).*

4.1.1.- Anexo al informe en cuestión, se adjuntaron copias certificadas del expediente clínico de **VD**, constantes de 131 fojas útiles (Fojas 21-151), dentro del cual se localizan las siguientes documentales:

4.1.1.1.- Nota de Valoración de fecha 28 de septiembre de 2021, signada por **APR1** en la que indicó: *"paciente con dificultad respiratoria que disminuye con oxígeno suplementario con dispositivo de alto flujo. El día de ayer se realiza drenaje del lado derecho de 250cc de líquido purulento sin colocar sonda pleural por parte de cirugía general. El paciente requiere colocación de sonda pleural bilateral por derrame y neumotórax derecho y aparente derrame pleural izquierdo. Se me informa por parte de subdirección que no hay sondas de pleurostomia para realizar el procedimiento ni pleurovac, por lo que solicito material e insumos a Subdirección... para realizar tratamiento quirúrgico a la brevedad. Quedo pendiente de resolución del problema. Se avisa al padre que no hay insumos y se envía a Dirección para solución de problema"* (sic) (Foja 23).

4.1.1.2.- Hoja de evolución de 01 de octubre de 2021, suscrita por **APR1**, en la que informó:

"Paciente con dificultad respiratoria que disminuye con oxígeno suplementario con dispositivo de alto flujo. Se mantiene sin dificultad respiratoria con oxígeno suplementario. Ayer se toma radiografía de control que muestra nuevo derrame pleural derecho que amerita drenaje por sonda pleural; sigo sin tener insumos necesarios (2 sondas nelaton rígidas 14fr) para realizar tratamiento quirúrgico a la brevedad. Quedo pendiente de resolución del problema. Se avisa al padre que no hay insumos y se envía a dirección para solución de problema" (Sic) (Foja 26).

4.1.1.3.- Nota de evolución de 03 de octubre de 2021, suscrita por **APR2**, quien informó:

"Encuentro paciente en cuna acompañado de madre, neurológico: en sueño fisiológico, reactivo a estímulos, con mal aspecto general, normocefálico con pupilar normoreflexivas,

mucosa oral y palpebral hidratadas, cuello cilíndrico sin adenomegalias, respiratorio tórax normolíneo con respiraciones profundas, con adecuados movimientos de amplexion y amplexacion a la auscultación con presencia de frotis pleural en zonas basales, de predominio izquierdo, con signos de dificultad respiratoria, actualmente con apoyo ventilatorio en fase 1 de tipo mascarilla reservorio a 8 lts/min logrando saturaciones de 94-96%, hemodinámico.

Ruidos cardiacos rítmicos y de adecuada intensidad sin soplos ni agregados, con una fc de 161, con palidez de tegumentos y llenado capilar de 2 segundos gastrónutrício: tolera vía oral, con abdomen blando y depresible no doloroso a la digitopresion profunda, sin signos de irritación peritoneal, con evacuaciones presentes. Nefro-urinario: micciones presentes e infeccioso, febril actualmente bajo doble esquema antibiótico a base de ceftriaxona y vancomicina en su 6to día.

Comentario: preescolar masculino con evidente dificultad respiratoria, se insiste en la colocación de sello pleural, sin embargo, no se cuenta con insumos necesarios para dicho procedimiento, se sugiere punción evacuadora, continuamos pendientes de condiciones generales" (Foja 27).

4.1.1.4.- Nota de evolución del 14 de octubre de 2021, mediante la cual **APR3** refirió lo siguiente:

"Lm con diagnóstico conocido quien ayer por la tarde se le recolocó sonda endopleural por cx pediátrica, el día de hoy lo encontramos drenando por sonda endopleural líquido serohemático, sin fibrina, aproximadamente 120 ml., hemodinámicamente estable, se solicita transfusión de concentrado eritrocitario ayer por hemoglobina de 8.6 mg/dl la cual no aceptaron, el día de hoy se les vuelve a informar a VI1, la cual acepta transfusión, la cual no hay disponible en este hospital. No tiene el recurso para comprar, se le solicita rx de tórax portátil pendiente de toma sigue con antibióticos en su 17 día su cultivo

de líquido pleural sin crecimiento. Pendiente de condiciones generales paciente delicado con pronóstico reservado evolución. Familiares informados" (Sic) (Foja 32).

4.1.1.5.- Hoja de evolución fechada el 16 de octubre de 2021, suscrita por **APR4:**

"A la exploración física se encuentra paciente activo y reactivo, irritable, sin movimientos anormales, pupilas isocóricas normoreflexivas, mucosa oral hidratada, buena coloración de tegumentos, campos pulmonares con estertores finos de predominio basal derecho, con pleurovac hemitorax izquierdo, funcional drenando escaso líquido, sin datos de dificultad respiratoria, ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono e intensidad, tolera la vía oral, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal, uresis y evacuaciones al corriente, hematoineciosos sin datos de sris (sic), extremidades íntegras con llenado capilar inmediato. Im con diagnósticos comentados, hemodinámicamente estable, con buena evolución clínica, continúa con antibioticoterapia con doble esquema de antibiótico con ceftriaxona y vancomicina en su día 20, todavía continúa pendiente transfusión por no contar con hemoderivado compatible con paciente, por el momento continúa con el tratamiento establecido" (Foja 34).

4.1.1.6.- Reporte de transfusión sanguínea de **VD**, realizada el 26 de octubre de 2021 (Foja113).

4.1.1.7.- Hoja de evolución de 28 de octubre de 2021, signada por **APR3:**

"Paciente con diagnóstico comentado quien el día de hoy a las 15 horas es valorado con polipnea, tiraje intercostal y uso de musculatura accesoria leve, con hipoventilación de predominio basal derecho y sudmatidez bilateral derecho saturando 94%. Se le manda pedir una radiografía de urgencias la cual al valorarla

sigue con derrame pleural y probable empiema pleural tabicado mas paquipleutis, consideramos una tac con ventana pulmonar, y como usg pulmonar, el cual no se realiza en este hospital y requiere cirugía por parte de cirugía cardiotorácica por lo cual se enviará a tercer nivel, padre no quiere que se le ponga sello pleural.

Pendientes de condiciones generales paciente muy grave con alto riesgo de muerte, familiares informados” (Foja 41).

4.1.1.8.- Hoja de referencia de **VD** al Hospital Regional de Alta Especialidad “Hospital Pediátrico” en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, de 29 de octubre de 2021, por “no contar con especialista neumólogo pediatra” en el Hospital General de Tapachula de origen a fin de otorgarle el tratamiento médico correspondiente. De dicha hoja de referencia destaca lo siguiente:

“... Presencia de sibilancias respiratorias y broncoespasmo, con hipoventilación pulmonar bibasal, se ingresa con sospecha de SARS-COV, se coloca O2 por mascarilla, y se observa que no tolera el decúbito, se toma RX de Tórax que demuestra derrame pleural derecho, se realiza punción torácica y drenaje de 250ml de pus (...) no se coloca sonda pleural por no contar en su momento con pleurovac, pero se realiza dicho procedimiento porque lo ameritaba urgentemente ...” (Foja 117).

4.1.1.9.- Nota de defunción de **VD**, fechada el 29 de octubre de 2021 a las 23:00 horas, suscrita por los médicos **APR5** y **APR6**, quienes indicaron lo siguiente:

“Fallecido a las 21:40 hrs. del 29 de octubre de 2021.

1.- Causa que produjo la muerte: *Insuficiencia Respiratoria Severa (6 horas)*

2.- Como consecuencia de *Derrame Pleural Derecho (30 días)*

3.- Como consecuencia de *Neumonía adquirida en la comunidad (33 días)*" (Foja 41).

4.1.1.10.- Hoja de evolución del área de Trabajo Social del Hospital General de Tapachula, de la cual resalta lo siguiente:

*"Siendo las 10:30 hrs. Se presenta el familiar padre **VII** y la madre **VI2**, quienes refieren no cuentan con recursos económicos suficientes para los gastos por lo que se solicita apoyo con el **Lic. A** de Grupos Vulnerables, quien refiere que pueden apoyar con el espacio en el panteón municipal para la inhumación del cadáver. Se envían por whatsapp a la **Lic. B** certificado de defunción e identificación de los padres para proceder con el trámite"* (Foja 133).

4.1.1.11.- Certificado y acta de defunción expedidos por la Secretaría de Salud y el Registro Civil, respectivamente, a nombre de **VD** (Fojas 140-141).

5.- Oficio sin número y fecha, suscrito por el Director del Hospital General de Tapachula, al que anexó las siguientes documentales: (Foja 152)

5.1.- Informe pormenorizado, suscrito por **APR7**, médico adscrita al nosocomio en cuestión, quien refirió:

"El paciente arriba mencionado de acuerdo a mis notas de evolución lo encuentro ya en el servicio de urgencias con el diagnóstico de: neumonía bilateral grave, derrame pleural bilateral, anemia microcítica/hipogromica, adecuado peso para la edad.

El día 04.octubre.2021: tolerando la vía oral, dieta líquida, con micciones presentes y normales. lo encuentro persistentemente febril, a la exploración física de acuerdo a la nota con quejido inconstante, aleteo nasal, silverman andersen de 2, además de polipneico. hidratado. los campos pulmonares con

hipoventilación bilateral, mayores crepitantes lado izquierdo. saturando al 100% en ese momento con mascarilla y reservorio a 5 lts/min. no sibilancias. con ruidos cardiacos rítmicos de buen tono, no soplo. con taquicardia. el abdomen blando y sin compromiso, no palpo megalias y la peristalsis presentes. paciente con evolución tórpida, con frote pleural. se le solicita tomografía de tórax. fc: 116xmin, fr 62xmin, temp: 39°C, saturación de oxígeno: 100%.

El día 05.octubre.2021: paciente con los diagnósticos ya mencionados, con mismo estado ventilatorio, ninguna mejoría, polipneico, con silverman andersen de 2. Con mascarilla y reservorio, febril constantemente. con frote pleural, crepitantes generalizados, no sibilancias. los ruidos cardiacos rítmicos, no soplo. abdomen sin compromiso. con dieta líquida pero acepta pocos líquidos, por lo que se mantiene con soluciones de base a requerimientos. se le realizó la tomografía de tórax, corroborando el derrame pleural, predominio derecho. se comunica a cirugía pediátrica, decide dejar en ayuno ese día 05.10.2021 para colocación de sello pleural por la tarde. condición: grave.

06.octubre.2021: Paciente con los mismos diagnósticos. Febril en ayuno, uresis presentes. con mal aspecto general. se le agrega ketorolaco intercalado con salud metamizol, se suspende paracetamol. Se solicita cuantificar drenaje de sello pleural y pendiente el resultado de cultivo de líquido pleural. familiares informados. frecuencia cardiaca: 130xmin, frecuencia respiratoria: 45xmin temperatura: 36.6°C, gasto urinario: 65.74 mlm2schr, saturación de oxígeno: 100%" (sic) (Foja 151).

5.2.- Informe signado por **APR4**, de fecha 07 de febrero de 2022, quien en lo que interesa refirió:

"El 23 de octubre y 24 del mismo año [2021], nuevamente realizó el pase de visita, se encontraba sin sello endo/pleural, la auscultación torácica con estertores transmitidos, mala amplexión

y amplexación torácica, la dificultad respiratoria se había incrementado se valora rx de control que muestra pleura con importante engrosamiento y tabiques pulmonares, amén de derrame persistente, estando pendiente la valoración de cirugía pediátrica para recolocación del sello o intervención pertinente. Me entero que días antes el paciente se retiró el sello endo-pleural y los padres se negaron a una nueva colocación, a pesar de las condiciones desfavorables del paciente.

*Debo mencionar que durante los pases de visita de mi turno únicamente se encontraba **VI2** como acompañante y, con la dificultad de la comunicación y el entendimiento óptimo debido a la barrera del idioma” (Foja 155).*

5.3.- Informe de 03 de febrero de 2022, suscrito por **APR8**, médico pediatra adscrito al Hospital General de Tapachula, de cuyo informe se desprende lo siguiente:

“Paciente que ingresa a los 5 días de estancia en Tapachula, según se menciona en notas previas, por lo que se infiere que, si al ingreso a nuestro hospital el paciente presentó empiema y se le retiran 250ml de pus aproximadamente, se puede deducir que el paciente tenía una evolución de entre 15 y 21 días, con presencia de bacterias y proceso inflamatorio grave, que hasta la fecha de hoy reporta elevada morbi-mortalidad. Por lo que el desenlace fatal puede ser causa de la tardanza en recibir atención médica, quizá 10 días antes de llegar al país” (Foja 158).

5.4.- Informe de 31 de enero de 2022, rendido por **C**, enfermera de ese Hospital General, quien refirió lo siguiente:

*“El día 23 de octubre del 2021 me tocó la guardia en el servicio de pediatría, me tocó atender al paciente **VD**, iniciando la guardia en el turno nocturno siendo las 22:00 hrs del día antes mencionado inicié mis actividades de enfermería encontrando al paciente masculino en cama, activo, colaborador, con palidez dérmica remarcada, con presencia de tos productiva con flemas, con*

pleurotoma a succión continúa drenando líquido serohemático, grave; le tomé signos vitales, cambié de ropa de cama, apliqué sus medicamentos correspondientes en tiempo y forma; así mismo soluciones parenterales, anoté sus micronebulizaciones que le hicieron en la hoja de enfermería dándole un trato digno” (Foja 166).

5.5.- Informe de 01 de febrero de 2022, suscrito por **D**, enfermera del Hospital General de Tapachula:

*“A **VD** lo atendí 4, 5 y 6 de octubre del año 2021, en el área antes mencionada, el niño estaba internado acompañado de **VI2**, que no hablaba español, se encontraba con dificultad respiratoria, por lo que tenía oxígeno con mascarilla y bolsa de reservorio, tenía distensión abdominal, en ayuno. La atención fue básicamente la siguiente: toma de signos vitales, higiene personal, administración de medicamentos y vigilancia.*

Esta atención fue en el turno matutino de 7 de la mañana a 14:30 hrs., que es el tiempo que estuvo bajo mis cuidados” (Foja 168).

5.6.- Informe pormenorizado de 30 de enero de 2022, rendido por **E**, enfermera adscrita a dicho Hospital General:

*“El día 7 de octubre del 2021. Recibo al lactante mayor masculino con nombre **VD** en cuna con barandales funcionales, muy irritado al manejo con apoyo de mascarilla con reservorio, activo reactivo a la exploración, palidez de tegumentos generalizado, con leve dificultad respiratoria, con sello pleural funcional; paciente delicado se mantiene en vigilancia estrecha, se le explica a **VI2** los procedimientos a realizar con su hijo, pero ella no entiende. En respuesta de señas me contesta que no entendía el idioma español. Ya realizadas todas mis intervenciones de enfermería en tiempo y forma, así como el suministro de medicamentos y soluciones parenterales se le brinda al paciente un trato digno, eficiente de calidad y calidez, el cual se puede apreciar en su expediente clínico.*

*El día 21 de octubre del 2021. Siendo las 21:00 horas recibo lactante mayor masculino **VD** continúa irritable al manejo con apoyo de oxígeno con puntas nasales, lo encuentro con catéter venoso central limpio y funcional ambos lúmenes, afebril por el momento se auscultan estertores bronquiales, tos productiva, abdomen globoso a la exploración y palpación con peristalsis presente, tolerando la vía oral, extremidades inferiores íntegras y funcionales, con micciones espontáneas presentes, entregándolo al siguiente turno con la enfermera encargada del servicio de pediatría guardia nocturno "b" paciente grave que continúa en insuficiencia respiratoria con apoyo de oxígeno a 3 litros por minuto, quejumbroso e inquieto. **VI2** no apoya en el cuidado y manejo del paciente ya que no entiende lo que se le explica.*

*El día 26 de octubre del 2021. Siendo las 21:00 horas recibo lactante mayor masculino **VD**, en cuna con barandales funcionales, respirando al medio ambiente, irritable e inquieto a la manipulación de los cuidados de enfermería, se observa y se encuentra pleurovack funcional drenando líquido purulento color verde, gasas limpias en la entrada del tubo de la pleurotomía, a las 3 am inicia con fiebre de 38.1°C. se notifica al pediatra en turno y se administra antipirético indicado vía intravenosa paracetamol e inicia control de la temperatura por medios físicos, se mantiene bajo vigilancia estrecha en la hoja de enfermería con curva térmica, a las 7:00 am se le entrega al turno matutino a la enfermera encargada del área de pediatría entregándolo con temperatura de 37.1°C.*

*El día 28 de octubre del 2021. Siendo las 21:00 horas recibo lactante mayor masculino **VD**, en cuna con barandales funcionales, respirando al medio ambiente, grave, se brinda cuidados de enfermería, se observa y se encuentra pleurovack funcional drenando líquido purulento color verde, gasas limpias en la entrada del tubo de la pleurotomía, con fiebre de 38°C. Se notifica al pediatra en turno y se administra antipirético indicado vía intravenosa paracetamol e inicia control de la temperatura por medios físicos, se mantiene bajo vigilancia estrecha en la hoja*

de enfermería con curva térmica, llevando la continuidad de los cuidados integrales de enfermería con trato digno, eficiente de calidad y calidez, el cual se puede apreciar en su expediente clínico” (Foja 170).

5.7.- Informe de 31 de enero de 2022, rendido por **F**, enfermera del multicitado Hospital General:

*“La fecha 21 de Octubre del 2021 me presento al Servicio de Pediatría en el turno vespertino de 4 pacientes asignados, me correspondió atender al niño **VD** en la cama 139, se brinda atención se toman signos vitales y durante la exploración el niño no presenta dificultad para respirar se auscultan campos pulmonares, el cual se encuentra con mucha tos productiva se administran medicamentos prescritos se mantiene comunicación con **VI2** a través de señas ya que no habla español, se mantiene a **VD** en vigilancia durante el turno.*

*La fecha 25 de Octubre del 2021, me presento al Servicio de Pediatría en turno vespertino, me corresponde atender al niño **VD**, que se encuentra en la cama 139, se toman signos vitales, en ese momento se encuentra muy irritable, en esa fecha lo encuentro con pleurotomía limpia y pleurovack funcional, presenta mucha tos productiva, se mantiene en vigilancia durante el turno, ese día tenía indicado hemo transfundir, la cual estaban gestionando al banco de sangre estatal; al igual tenía Acetilcisteína medicamento para nebulizar, el cual el hospital no contaba en ese momento, le fue solicitado al familiar por el médico, el cual no compró” (Foja173).*

5.8.- Informe pormenorizado de 29 de enero de 2022, rendido por **G**, enfermera adscrita al Hospital General de Tapachula:

*“El día 17 de octubre del 2021, me tocó la guardia en el servicio de pediatría, por lo que estuvo a mi cargo ese mismo día el paciente **VD**, siendo las 09:00 horas del día antes mencionado inicié mis labores de enfermería con el paciente en comento,*

encontrando a paciente masculino en cama, muy irritable al manejo, palidez dérmica remarcada, laceraciones de mucosa oral, presencia de tos productiva con flemas, catéter venoso central limpio permeable, lumen proximal sin retorno venoso y lumen distal sellado, con pleurotomía a succión, continúa drenando líquido serohemático, el cual fue más notorio a la manipulación posterior a estudios de RX, cabe mencionar que el paciente se encontraba grave en espera de transfusión de concentrado eritrocitario ya que los familiares no lo habían conseguido, [una vez] realizado todas mis intervenciones de enfermería en tiempo y forma, así como el suministro de medicamentos y soluciones parenterales, se le brinda al paciente un trato digno, eficiente y de calidad, el cual se puede apreciar dentro de su expediente clínico" (Foja 175).

5.9.- Informe de 30 de enero de 2022, signado por **H**, enfermera encargada de la guardia nocturna del área de Pediatría de dicho Hospital General:

*"El día 24 de Octubre del 2021, me tocó la guardia en el servicio de Pediatría, por lo que ese día vi al paciente **VD**, a las 21 horas inicio mis actividades de enfermería con dicho paciente, me acerco a la cuna del paciente **VD**, me presento y saludo a familiar, el cual solo asienta con la cabeza, en ese momento encontré al paciente lactante mayor **VD** con signos vitales estables, muy irritable al manejo, palidez dérmica y sin datos de dificultad respiratoria. Comento que fue el único momento que tuve contacto con dicho paciente, el resto de la guardia se quedó a cargo de él, pero con el hecho de haberle tomado los signos vitales tuve que poner mi nombre en la hoja de enfermería, como debe de ser. Al paciente **VD** se le dio buen trato, digno, eficiente y de calidad, así como a cualquier paciente que está a nuestro cargo sin importar raza, color, nacionalidad y religión" (Foja 177).*

5.10.- Informe de fecha 30 de enero de 2022, suscrito por **I**, enfermera del turno nocturno del Hospital General de Tapachula:

*“... el día 16 de octubre del 2021, realicé guardia pagada en el servicio de pediatría, quien estuvo a mi cargo el paciente **VD**, lactante mayor, a partir de las 21 horas inicio labores de enfermería observándose masculino en posición semifowler, palidez dérmica generalizada, despierto, mucosa oral semihidratada, con pleurovack colocado en pulmón izquierdo a succión (pleurotoía) irritable e inquieto a la manipulación, catéter venoso central en solución base, paciente en estado crítico, familiar acompañante a quien se le entendía muy poco el idioma (Haití). Durante el turno nocturno le realicé intervenciones en forma y tiempo, brindando un trato digno” (Hoja 179).*

5.11.- Informe pormenorizado de 31 de enero de 2022, signado por **J**, enfermera del Hospital General de Tapachula, quien señaló:

*“Se recibe lactante con dificultad respiratoria ya instalado sello de agua funcional, se observa leve dificultad respiratoria, con tratamiento de oxigenoterapia con puntas nasales. La atención brindada al lactante fue [durante] los días del 18 al 22 de Octubre, 25, 26, 28 y 29 de Octubre del 2021, durante esos días el lactante estuvo con apoyo de puntas nasales, la atención brinda de los cuidados de enfermería fueron monitoreo de los signos vitales, vigilancia respiratoria, vigilancia efectiva del apoyo de oxigenación, higiene personal, curaciones de sello de agua, cambio de ropa de cuna, la asistencia en la alimentación no se le daba ya que solo le aceptaba a la mamá, se tenía dificultad en la comunicación ya que la madre no hablaba el idioma español, por lo que se utilizaba señas y pronunciaciones pausadas para que pudiera entender, solo **VII** hablaba el idioma español, pero no estaba presente en los diferentes procesos.*

El día 29 de octubre el niño se mantuvo muy inquieto en el turno matutino retirándose las puntas nasales que le proporcionaba el oxígeno, se le informa a la mamá de la importancia que no se retire, en varias ocasiones se encontró al niño sin las puntas nasales por lo que se volvía a colocar y se les hacía hincapié a los padres

que no se las debería retirar. Se deja en el turno aún con puntas nasales sin presentar más complicaciones" (Foja 181).

5.12.- Informe sin fecha, suscrito por **K**, personal adscrito al Área de Trabajo Social del Hospital General de Tapachula, quien refirió lo siguiente:

*"Siendo las 08:30 hrs. del día 30/10/21 se presentan los padres al servicio a quienes se les informa detalladamente del protocolo a seguir para entrega de cadáver, así como los trámites a seguir en oficialía de registro civil, los padres **VI2** y **VI1** refieren [que] no cuentan con recursos económicos, por lo que inmediatamente se solicita apoyo a la Lic. **A** de Grupos Vulnerables al número celular **L** y a la Lic. **M** al celular núm. **N** quienes refieren que por tratarse de cierre de año solo pueden apoyar con el espacio en el panteón municipal, se les informa a los padres del apoyo que brinda la Lic. **M**, quienes comprometiéndose ellos a conseguir el ataúd y refieren que contactaron la funeraria para realizar la compra.*

*Realizo gestión con DIF municipal para solicitar el espacio para la inhumación a quienes se les envía vía wasap fotos de pasaportes del menor y los padres, así como foto del certificado de defunción, quedando la Lic. **M** de contactar a la Lic. del registro civil para apartar el folio ese mismo día, ya que requiere foto del certificado de defunción y la orden de inhumación para apartar el espacio, me comunico con personal de la funeraria Sr. **N** vía telefónica y le solicito su apoyo para traslado del cadáver al panteón municipal, a lo que refiere muy amablemente que hablaría con el dueño, más tarde refiere que sí le prestarían apoyo al familiar para trasladar el cadáver y apoyo en las gestiones ante la oficialía del registro civil ya que el padre me refiere que no conoce la ciudad; a su regreso de la oficialía del registro civil se envía a la Lic. **M** información a su wasap de orden de inhumación folio **O** y certificado de defunción folio **P**, quedando ya apartado el espacio para la inhumación. Refiriendo la Lic. **M** que quedaría el entierro para el siguiente día domingo 31/10/21 a partir de las 09:00 hrs., informando a los padres.*

31/10/2021 Siendo las 08:30 hrs. se realiza trámites de entrega de cadáver a los padres quienes firman trámite madre **VI2** y padre **VII1** entregando el cadáver en el mortuario del este hospital a las 08:57 hrs. acudiendo funeraria Jesús de Nazaret en apoyo para su traslado al panteón municipal, según datos que constan en la bitácora del mortuario de este hospital general" (Sic) (Foja 184).

6.- Informe técnico-médico, de fecha 07 de julio de 2022, suscrito por **MI**, médico adscrita a esta Comisión Estatal:

“GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LAS/LOS PACIENTES DE 3 MESES A 18 AÑOS EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES, IMSS-120-08.

La **Neumonía Adquirida en la Comunidad** (NAC), es la infección aguda del parénquima pulmonar adquirida por la exposición a un microorganismo presente en la comunidad, en un paciente inmunocompetente y que no ha sido hospitalizado en los últimos siete días, se caracteriza por: signos respiratorios (tos, rinorrea, polipnea, dificultad respiratoria) de menos de 15 días de evolución, acompañada de síntomas generales (ataque al estado general, fiebre e hiporexia).

Los factores de riesgo conocidos son: falta de lactancia materna exclusiva, desnutrición, contaminación del aire en locales cerrados, bajo peso al nacer, hacinamiento y falta de inmunización contra microorganismos causales de neumonía. Los agentes etiológicos más frecuentes varían de acuerdo con la edad; sin embargo, la mayoría de los casos ocurren por virus. El periodo de contagiosidad es variable y el mecanismo de transmisión es por contacto directo (Moreno, 2014). El diagnóstico de la neumonía es fundamentalmente clínico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido y diseñado una carta descriptiva con una serie de datos para detectar la enfermedad en países en los que los recursos son insuficientes, la cual no incluye el uso de la radiografía de tórax

(WHO-UNICEF, 2014). No obstante, la radiografía tiene gran utilidad en casos de difícil diagnóstico.

Sospechar la presencia de NAC de acuerdo a la edad y la presencia de los datos clínicos. Estos datos también pueden ser útiles para sospechar de agentes etiológicos específicos. Considerar NAC en pacientes con dolor abdominal agudo acompañado de tos, con o sin expectoración y/o dificultad respiratoria. El aspecto físico general, el estado de alerta y la capacidad para aceptar el alimento, así como la presencia de datos clínicos de hipoperfusión tisular (alteraciones neurológicas, piel marmórea, taquicardia, hipotermia y llenado capilar >2") sugieren un estado grave. Sin embargo, el parámetro para establecer la gravedad de la NAC, es la dificultad respiratoria.

Se recomienda la toma de hemocultivos a pacientes con estado tóxico, NAC moderada o grave y evolución tórpida.

La repetición de la radiografía de tórax, solo es necesaria cuando el paciente presenta fiebre persistente, empeoramiento de la dificultad respiratoria y deterioro clínico dentro de las siguientes 48 a 72 horas de haberse iniciado el tratamiento empírico.

Se recomienda realizar radiografía de tórax en los casos siguientes:

- Las/los pacientes que ameriten hospitalización.
- Cuando una niña/niño presenta en forma aguda fiebre y dolor abdominal inexplicable, aún en ausencia de síntomas respiratorios.
- **Sospecha de neumonía grave o complicada.**

El examen del líquido pleural está indicado en la NAC, que curse con derrame pleural y se realiza análisis de tinción de Gram y cultivo, así como pH, glucosa, proteínas, lactato

deshidrogenasa y diferencial de leucocitos para establecer la etiología y orientar el tratamiento.

Por los riesgos que existen durante el procedimiento (hemorragia pulmonar, neumotórax, descompensación hemodinámica), **se recomienda solicitar apoyo del cirujano pediatra para la obtención de líquido de derrame pleural o al médico con experiencia en estos procedimientos en caso de que no haya cirujano pediatra.**

Las/los pacientes que no pueden asegurar la adherencia al tratamiento deben recibir tratamiento hospitalario, (oral o intravenoso) debido al riesgo potencial de muerte por esta enfermedad. Se recomienda terapia intravenosa en las/los pacientes que presenten intolerancia a la vía oral, signos de septicemia o complicaciones de la NAC y utilizar la vía oral cuando se observe mejoría clínica.

Se sugiere colocar a los lactantes en posición decúbito prono, con previa monitorización cardiorrespiratoria continua y en caso de no contar con monitor, mantener al paciente en decúbito supino.

Se estima que de 10 a 25% de los casos de NAC pueden presentar falla al tratamiento.

Se acepta como fracaso terapéutico al desarrollo de insuficiencia respiratoria, persistencia de taquipnea, fiebre o afectación del estado general después de 48 a 72 horas de iniciado el tratamiento empírico.

Ante una falla al tratamiento debe cuestionar si:

- Es el diagnóstico correcto, el tratamiento farmacológico adecuado y la dosis adecuada.
- El patógeno no es el esperado o no es cubierto por el antimicrobiano (patógeno resistente o neumonía atípica).

- **Existe complicación pulmonar por la NAC como derrame pleural, empiema o absceso pulmonar.**
- Existen otros factores del paciente como inmunosupresión, inmunodeficiencia o fibrosis quística.

Deben considerarse causas no frecuentes como: neumonía eosinofílica, cuerpo extraño, malformaciones congénitas.

Cuando se considere que existe fracaso terapéutico a las 48-72 horas de iniciado el tratamiento empírico, se recomienda realizar una evaluación clínica integral, considerándose los estudios de laboratorio y radiológicos.

Amerita valoración en centros especializados en caso de que se presenten complicaciones que requieran tratamiento con fibrinolíticos o la realización de broncoscopia y toracoscopia.

En niñas/os con NAC grave, con pruebas diagnósticas de inicio negativas o inmunocomprometidos que no muestren una respuesta adecuada al tratamiento inicial y sea preciso investigar el microorganismo causal, deberá enviarse a evaluación por experto de segunda especialidad para la realización de pruebas diagnósticas como broncoscopia, cepillado bronquial, aspiración percutánea y toma de biopsia.

Se debe considerar la interconsulta con el Infectólogo Pediatra en el caso de falla al tratamiento de segunda elección, comorbilidades, en caso de duda o de dificultad en la elección del siguiente esquema de tratamiento. También si hay necesidad de otros procedimientos de diagnóstico.

Se deberá considerar interconsultar con un Neumólogo Pediatra cuando exista duda en el tratamiento del derrame pleural o en otras condiciones que compliquen la evolución de la NAC.

Por los riesgos que existen en el procedimiento de la punción (hemorragia pulmonar, neumotórax, descompensación hemodinámica), se sugiere solicitar apoyo al Cirujano Pediatra

para la obtención de líquido de derrame pleural o si se requiere de la colocación de pleurotomía cerrado e instalación de sello de agua.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA BACTERIANA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN POBLACIÓN MENOR A 18 AÑOS. GPC-55-120-21.

La neumonía bacteriana adquirida en la comunidad (NBAC), es la principal causa de mortalidad en los menores de 5 años. La neumonía es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de origen infeccioso (viral o bacteriano).

Se reporta que la sospecha clínica para NBAC, se basa en la presencia de tos y aumento del trabajo respiratorio, los cuales tienen un nivel predictor favorable por la combinación de ambos y no por presencia aislada de cada uno de ellos. La taquipnea ha demostrado una mayor especificidad (95 g) y a su vez un mayor factor predictor negativo. Otros signos con especificidad elevada para la neumonía son los crepitantes y la fiebre en el momento del examen al paciente.

*Aproximadamente, entre 20-30% de las NBAC son causadas por infecciones mixtas (virus y/o bacteria) y el *S. pneumoniae*, es la bacteria más frecuentemente implicada.*

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA "DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DERRAME PLEURAL", IMSS-243-09.

El Derrame Pleural se define como la acumulación anormal de líquido en la cavidad pleural debido a una producción excesiva de éste o a una incapacidad para su depuración. La etiología del Derrame Pleural (DP) depende de la región geográfica, de la edad del paciente y del centro donde se realice el diagnóstico.

Los signos y síntomas del DP dependen de la enfermedad de la cantidad de líquido contenido en el espacio pleural. Los datos clínicos más comunes son tos seca, dolor de tipo pleurítico y disnea. La fiebre es un dato clínico que orienta hacia patología infecciosa.

En pacientes con sospecha clínica de DP se recomienda realizar inicialmente radiografía de tórax (PA Y lateral). En casos de DP mínimo, solicitar una radiografía en posición decúbito lateral del lado afectado.

Solicitar apoyo inmediato a unidad de referencia de tercer nivel en aquellos pacientes que no han evolucionado satisfactoriamente a los procedimientos realizados de acuerdo a las posibilidades de su hospital.

Ante la sospecha de un DP infeccioso debe tomarse hemocultivo y cultivos de LP. El tratamiento antibiótico debe comenzar de forma empírica y precoz, incluyendo cobertura para anaerobios y ajustarlo al resultado de los cultivos.

Se debe solicitar apoyo inmediato a unidad de referencia de tercer nivel. En aquellos pacientes que no han evolucionado satisfactoriamente a los procedimientos realizados de acuerdo a las posibilidades de su hospital.

CONCLUSIÓN.

De la interpretación lógica/gramatical de los resúmenes clínicos rendidos por los médicos que proporcionaron atención médica al menor extinto **VD**, así como los documentos contenidos en el expediente clínico, en comunión con los argumentos vertidos por el quejoso, se advierte lo siguiente:

a) De acuerdo a lo requerido en el oficio CEDH/VARTAP/0397/2022, en donde solicita se señale si de las constancias que integran el expediente clínico existe o no

responsabilidad médica, prestada a VD, durante toda su atención médica proporcionada por personal del Hospital General Tapachula, **se concluye que, sí existe responsabilidad médica debido al retardo para que el paciente pudiera ser referido a un hospital donde se le pudiera haber brindado el Servicio Médico que necesitaba**, ya que a pesar de contar con tratamiento médico, el paciente continuaba presentando picos febriles y sin mejoría significativa, lo anterior basándose en notas médicas y de enfermería.

De acuerdo a la **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA "DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DERRAME PLEURAL", IMSS-243-09**, dentro de sus puntos de evidencia se menciona lo siguiente: "Se recomienda valoración por personal calificado en caso de que se sospeche complicaciones o falla al tratamiento, en un centro de segundo o tercer nivel. Se recomienda valoración en el tercer nivel de atención, en caso de que se sospecha complicaciones o falla al tratamiento alternativo o específico. Solicitar apoyo inmediato a unidad de referencia de tercer nivel en aquellos pacientes que no han evolucionado satisfactoriamente a los procedimientos realizados de acuerdo a las posibilidades de su hospital.

b) Es importante mencionar que, el Hospital General Tapachula, no contaba con insumos médicos necesarios para la colocación del Sello Pleural, ya que de acuerdo a las notas médicas signadas por **APRI**, hace referencia a lo siguiente "NO HAY SONDAS DE PLEUROSTOMÍA PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO NI PLEUROVAC, POR LO QUE SOLICITO MATERIAL E INSUMOS A DIRECCIÓN (2 SONDAS NELATON RÍGIDAS 14FR, 2 PLEUROVAC, 1 CATÉTER VENOSO CENTRAL 5FR 13 CM) PARA REALIZAR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO A LA BREVEDAD" por lo que, existe Responsabilidad Institucional al no contar con los insumos médicos necesarios para el manejo del paciente.

c) En el análisis del expediente clínico, en relación a las notas médicas que lo integran, se puede observar que NO CUMPLE

con lo especificado en la NOM-004-SSA3-2012 que debe contener el expediente clínico, toda vez que algunas de ellas no se encuentran firmadas por el médico responsable, y faltan algunos datos como fecha, hora y signos vitales.

d) En las 218 fojas útiles en copias certificadas que se adjuntan, puede observarse que el informe pormenorizado es vago e incompleto, lo anterior en razón de que hacen falta informes que debieron haber rendido **APR9, APR3, APR10, APR1, APR2, APR11, APR12, APR6, APR5, APR13, APR14, APR15, APR16, APR17, APR18, APR19, APR20, APR21 y APR22**" (Fojas 192-201).

III.-SITUACIÓN JURÍDICA

7.- El 01 de diciembre de 2021, este Organismo radicó el expediente de queja CEDH/0881/2021 en virtud del escrito presentado por **VI1**, migrante de nacionalidad haitiana, quien en acompañamiento del Centro de Derechos Humanos "Fray Matías de Córdova" A.C., interpuso queja a favor de su hijo menor de edad **VD** (finado), por presunta violación al derecho a la protección de la salud por parte del personal médico del Hospital General "Dr. Manuel Velasco Suárez", con residencia en Tapachula, Chiapas.

8.- El dictamen técnico-médico, de fecha 07 de julio de 2022, emitido por **MI**, médico general adscrita a esta Comisión Estatal permitió verificar la "(...) **responsabilidad médica debido al Retardo, para que el paciente pudiera ser referido a un hospital donde se le pudiera brindar el Servicio Médico que necesitaba**, ya que, a pesar de contar con tratamiento médico, el paciente continuaba presentando picos febriles y sin mejoría significativa...". Adicionalmente, dicha documental permitió acreditar la "(...) **Responsabilidad Institucional al no contar con los insumos médicos necesarios para el manejo del paciente.**"

9.- Respecto de la actual residencia de las personas migrantes **VI1** y **VI2**, este organismo público carece de información precisa que permita localizar a las víctimas indirectas. Acerca de esta situación,

personal de la CEDH realizó múltiples actuaciones con el propósito de conocer la ubicación y contactar a las aludidas víctimas.

En este sentido, personal de este organismo giró el oficio CEDH/VARTAP/1594/2022, de fecha 7 de septiembre de 2022, dirigido al Cónsul de Haití en Tapachula (foja 223); emitió el acta circunstanciada, de fecha 13 de febrero de 2023, correspondiente a la gestión telefónica con los representantes de las víctimas indirectas - Centro de Derechos Humanos "Fray Matías de Córdova"- (foja 228); y asentó en el acta circunstanciada, de fecha 13 de abril de 2023, la diligencia de apersonamiento a las oficinas de los representantes de las víctimas (foja 235).

10.- Pese a lo anterior, esta institución de promoción y protección de derechos humanos da pleno cumplimiento a su mandato constitucional y legalmente establecido a través del presente instrumento recomendatorio. A tal virtud, en el siguiente apartado serán expuestos los razonamientos de hecho y de derecho que dan cuenta de las violaciones de derechos humanos en perjuicio de **VD**, **VI1** y **VI2**.

IV. OBSERVACIONES.

11.- Este Organismo es competente para conocer de quejas en contra de acciones y omisiones de naturaleza administrativa que vulneren derechos humanos, cometidos por cualquier autoridad o servidor público estatal o municipal, en términos de lo dispuesto en los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 98 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas y 5o. de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

12.- El presente caso corresponde a la falta de cumplimiento de la obligación de asegurar la protección del derecho a la salud en menoscabo de **VD** y la falta de garantía del derecho al consentimiento libre e informado en perjuicio de **VI1** y **VI2** por parte del personal médico adscrito al Hospital General de Tapachula.

13.- Antes de exponer los razonamientos concernientes a la violación de los derechos arriba indicados, es pertinente realizar una breve exposición en torno a las dificultades que enfrentan las personas migrantes para ejercer sus derechos en los territorios de tránsito y destino.

A. LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN MÉXICO Y EL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES

14.- De acuerdo con el Índice Global de Seguridad Sanitaria del año 2019, la categoría de salud está conformada por seis indicadores: 1) capacidad para asegurar la salud en clínicas, hospitales y centros comunitarios de atención médica; 2) respuesta médica y despliegue de personal; 3) acceso a los servicios médicos; 4) comunicación con los trabajadores médicos durante una emergencia sanitaria; 5) prácticas de control de infecciones y disponibilidad de equipos, y 6) capacidad para probar y aprobar nuevas medidas médicas.

15.- El mismo informe indica que México se ubica entre los países con los puntajes más bajos respecto del componente 3 “acceso a los servicios médicos”. La evaluación de los 6 parámetros arriba mencionados coloca al Estado mexicano en el lugar 144 de 195 países a nivel mundial. Esta situación se traduce en servicios sanitarios de deficiente calidad que impacta negativamente a toda la población, con especial intensidad a los grupos en situación de vulnerabilidad, como es el caso de personas migrantes.

16.- Con relación a los hechos que informan el contenido del expediente **CEDH/0881/2021**, conviene referir que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha indicado que “Los refugiados y migrantes son un grupo diverso y tienen múltiples necesidades de salud, que pueden diferir de las poblaciones de acogida”. Estos, “a menudo provienen de comunidades afectadas por guerras, conflictos, desastres naturales, degradación ambiental o crisis económica. Emprenden viajes largos y agotadores con escaso acceso a alimentos y agua, saneamiento y otros servicios básicos, lo que aumenta su riesgo

de contraer enfermedades transmisibles, esto como resultado de la experiencia migratoria [...]".²

17.- La OMS ha reconocido que las personas solicitantes de refugio y migrantes constituyen algunos de los grupos en mayor situación de vulnerabilidad, y a menudo se enfrentan a actitudes de xenofobia, discriminación, condiciones de vida, vivienda y trabajo deficientes, y enfrentan serias dificultades para acceder a servicios de salud de buena calidad. Las personas en contexto de movilidad, en particular los que están en situación irregular, también soportan elevadas tarifas de usuario, bajos niveles de conocimientos sobre la salud, poca competencia cultural entre los proveedores de salud, estigma e insuficientes servicios de interpretación.³

18.- Lo anterior es relevante debido a la diversidad de los grupos en situación de movilidad y su condición migratoria, lugar de origen, nacionalidad y composición por grupos de sexo y edad. Dentro de los más de 120 países de origen de migrantes registrados en 2021, la mayoría son de Centroamérica, seguidos del Caribe, África, Asia, América del Sur, América del Norte, Europa, y personas apátridas.⁴

19.- Por otro lado, las dinámicas de movilidad y los tiempos de tránsito en nuestro país han cambiado, de modo que las personas migrantes permanecen cada vez más tiempo en él. Durante este periodo, presentan necesidades de salud que, en el marco constitucional del derecho a la protección de la salud, deben ser atendidas. Estudios realizados en México señalan que la población migrante en tránsito tiene 2.1 veces más riesgo de presentar un problema de salud en comparación con la población mexicana.⁵

² Organización Mundial de la Salud, "Salud de los Refugiados y Migrantes" (mayo 2022), disponible para consulta en la liga: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>.

³ Ídem, párrafo 16.

⁴ Secretaría de Gobernación, "Boletines Estadísticos. Unidad de Política Migratoria Registro e Identidad de las Personas", 2021.

⁵ Leyva Flores, R., y otros. *Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México*, CIESAS, 2015.

20.- A ello se suman cambios en el fenómeno migratorio en México con la llegada de grupos grandes organizados desde su país de origen, como son las “caravanas migrantes”.⁶ Este tipo de migración integra una mayor proporción de familias, mujeres, adolescentes, niñas y niños, con necesidades diferentes a las de los migrantes económicos, en su mayoría varones jóvenes. Esto plantea el reto para que el sistema de salud adecue la atención a las características de cada grupo.

B. DERECHO HUMANO A LA SALUD

21.- La Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha reiterado que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental cuyo goce pleno constituye una condición para el ejercicio de todos los demás derechos. La integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana. A su vez, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana.

22.- Asimismo, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público (artículo 10). La Corte ha manifestado que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y a la integridad personal. Para lo que se requiere de la formación y aplicación efectiva de un orden normativo que respete y garantice plenamente el ejercicio de los derechos, y la supervisión eficaz y constante de la prestación de los servicios de salud de los que dependen la vida y la integridad de las personas.⁷

⁶ Varela, A. “México, de ‘Frontera Vertical’ a ‘País Tapón’”. Migrantes, Deportados, Retornados, Desplazados internos y Solicitantes de Asilo en México”, Revista de Ciencias Sociales de La Universidad Iberoamericana, 27, 2019, pp. 50-76.

⁷ Corte IDH, *Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador*. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171.

23.- Por su parte, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha interpretado que el derecho a la protección de la salud posee naturaleza bidimensional ya que, por un lado, se halla la dimensión individual y, por otra parte, se proyecta la de carácter social. En este sentido, con relación al presente caso es de la mayor atingencia referir el siguiente criterio jurisprudencial:

DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL.

La protección de la salud es un objetivo que el Estado puede perseguir legítimamente, toda vez que se trata de un derecho fundamental reconocido en el artículo 4o. constitucional, en el cual se establece expresamente que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Al respecto, no hay que perder de vista que este derecho tiene una proyección tanto individual o personal, como una pública o social. Respecto de la protección de la salud de las personas en lo individual, el derecho a la salud se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva otro derecho fundamental, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica. De ahí que resulta evidente que el Estado tiene un interés constitucional en procurar a las personas en lo individual un adecuado estado de salud y bienestar. Por otro lado, la faceta social o pública del derecho a la salud consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como en establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud. Lo anterior comprende el deber de emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin, tales como el desarrollo de políticas públicas, controles de calidad de los servicios de salud, identificación de los principales problemas que afecten la salud pública del conglomerado social, entre otras".⁸

⁸ Tesis: 1a./J.8/2019 (10ª.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, Libro 63, t. I, 22 de febrero de 2019, p. 486.

24.- El artículo 1o., párrafos primero y tercero de la Constitución Federal, preceptúa el deber de todas las autoridades del Estado de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos reconocidos en la Constitución Federal y en los diversos tratados internacionales. Por su parte, el artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece el deber, por parte de los Estados, de respetar los derechos y libertades contenidos en ese instrumento regional, así como garantizar el libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a la jurisdicción estatal.

25.- Vinculado con el punto anterior, es oportuno indicar que el acceso efectivo a los servicios de salud es uno de los componentes básicos para la protección del bien jurídico tutelado por el derecho a la salud. Para hablar de acceso efectivo al aludido derecho, se requiere que las instituciones de salud cumplan una serie de elementos que se concatenan para lograr que una persona reciba la atención que requiere, a saber: servicios de salud de buena calidad, y que se atiendan consideraciones culturales y de género.

26.- Por su parte, el artículo 19 de la Convención Americana, ordena la adopción de "medidas de protección" para niñas y niños. Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha indicado que los Estados se obligan a promover las medidas de protección especial sustentadas en el principio del interés superior de la niña y del niño, asumiendo su posición de garante con mayor cuidado y responsabilidad en consideración a su condición especial de vulnerabilidad. La Corte IDH ha establecido que las niñas y los niños tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos por parte de la familia, la sociedad y el Estado.

27.- Dicha protección especial debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona. En consecuencia, el Estado tiene el deber de adoptar todas las medidas positivas para asegurar la plena

vigencia de los derechos de la niña y del niño.⁹ La Corte recuerda que "revisten especial gravedad los casos en los cuales las víctimas de violaciones a los derechos humanos son niñas y niños [...]".¹⁰

28.- Con relación al presente caso, el Tribunal Interamericano ha indicado que "los Estados deben situar el interés superior del niño en el centro de todas las decisiones que afecten a su salud y desarrollo, incluidas aquellas que involucren actos que intervengan con la salud de los niños y niñas. En ese sentido, los Estados deben revisar el entorno normativo y enmendar las leyes y políticas públicas para garantizar el derecho a la salud".¹¹

29.- La Corte advierte que la atención médica en casos de emergencias debe ser brindada en todo momento para los migrantes en situación irregular, por lo que los Estados deben proporcionar una atención sanitaria integral tomando en cuenta las necesidades de grupos en situación de vulnerabilidad. En este sentido, el Estado debe garantizar que los bienes y servicios de salud sean accesibles a todos, en especial a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación por las condiciones prohibidas en el artículo 1.1¹² de la Convención Americana sobre Derechos Humanos".¹³

30.- Por lo que hace al marco regulatorio doméstico aplicable al presente caso, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y

⁹ Corte IDH, *Caso Guzmán Albarracín y otras Vs. Ecuador*, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 405, sentencia de 24 de junio de 2020, párrafo 116.

¹⁰ Corte IDH, *Caso Coc Max y otros (Masacre de Xamán) Vs. Guatemala*, Fondo, Reparaciones y Costas, párrafo 115.

¹¹ Corte IDH, *Caso Vera Rojas y otros Vs. Chile*. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia de 1 de octubre de 2021, párrafo 107.

¹² Artículo 1.1: Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

¹³ Corte IDH, *Caso Nadege Dorzema y otros Vs. República Dominicana*, Fondo, Reparaciones y Costas, Serie C No. 251, sentencia de 24 de octubre de 2012, párrafo 108.

Adolescentes, en su artículo 50, establece el “derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud”. En consecuencia, “Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, en el ámbito de sus respectivas competencias, en relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes, se coordinarán a fin de: (...) II. Asegurar la prestación de la asistencia médica y sanitaria que sean necesarias a niñas, niños y adolescentes, haciendo hincapié en la atención primaria; X. Atender de manera especial las enfermedades respiratorias, renales, gastrointestinales, epidémicas, cáncer, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual e impulsar programas de prevención e información sobre éstas”.

31.- Asimismo, los numerales 55 y 56 de la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Chiapas, prevén el derecho a “disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud.”

32.- La legislación arriba referida dispone que “Las autoridades estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, deberán hacer diagnósticos de las condiciones de salud de las niñas, niños y adolescentes, definir prioridades, diseñar políticas y programas para atenderlas, e implementar y coordinar los programas y acciones necesarios a fin de: Asegurar asistencia médica y sanitaria para la atención y tratamiento de las enfermedades que afecten a las niñas, niños y adolescentes.” (Art. 56, fracción II); así como “Proporcionar atención médica en el momento que sea solicitado, y en su caso a ser atendidos en las instancias de salud correspondientes, para completar su proceso de tratamiento y rehabilitación” (Art. 56, fracción XVI).

C. VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN AGRAVIO DE VD.

33.- El análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja **CEDH/0881/2021**, se desarrolló bajo un enfoque de derechos humanos, con base en los instrumentos jurídicos nacionales y convencionales en la materia, de criterios jurisprudenciales tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación como de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

34.- Por tanto, la aplicación del material normativo a los elementos de convicción que obran en el aludido expediente permitió verificar que hubo violaciones al derecho a la protección de la salud y a la integridad personal como consecuencia de omisiones atribuibles al personal de salud adscrito al Hospital General de Tapachula, en razón de que no proporcionó el tratamiento adecuado y eficaz para atender la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) padecida por **VD**.

35.- En este sentido, la falta de garantía del derecho a la protección de la salud en perjuicio de **VD** pudo verificarse a través del informe técnico-médico de **MI**, médico adscrita a esta Comisión Estatal, el cual es resultado del análisis del expediente clínico de **VD** y de los informes rendidos por el personal médico del Hospital General de Tapachula que estuvo a cargo de atenderlo. A tal virtud, la médico adscrita a este organismo concluyó lo siguiente:

a) *De acuerdo a lo requerido en el oficio CEDH/VARTAP/0397/2022, en donde solicita se señale si de las constancias que integran el expediente clínico existe o no responsabilidad médica prestada a **VD**, durante toda su atención médica proporcionada por personal del Hospital General Tapachula, se concluye que, **Sí existe responsabilidad médica debido al Retardo para que el paciente pudiera ser referido a un hospital donde se le pudiera haber brindado el Servicio Médico que necesitaba**, ya que a pesar de contar con tratamiento médico **el paciente continuaba presentando picos febriles y sin mejoría significativa**, lo anterior basándose en notas*

médicas y de enfermería, de acuerdo a la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA "DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DERRAME PLEURAL", IMSS-243-09, dentro de sus puntos de evidencia se menciona lo siguiente: "Se recomienda valoración por personal calificado en caso de que se sospeche complicaciones o falla al tratamiento, en un centro de segundo o tercer nivel. Se recomienda valoración en el tercer nivel de atención, en caso de que se sospeche complicaciones o falla al tratamiento alternativo o específico. Solicitar apoyo inmediato a unidad de referencia de tercer nivel en aquellos pacientes que no han evolucionado satisfactoriamente a los procedimientos realizados de acuerdo a las posibilidades de su hospital."

36.- Adicionalmente, la prestación ineficiente del servicio de salud en perjuicio de **VD**, pudo constatar de acuerdo con las consideraciones de **MI**, quien, en síntesis, concluyó que "**existe Responsabilidad Institucional al no contar con los insumos médicos necesarios para el manejo del paciente**".

37.- En el caso que nos ocupa, la responsabilidad profesional, institucional y administrativa por parte de los médicos tratantes y personal adscrito al Hospital General de Tapachula, se actualizó por la falta de garantía del derecho a la salud de **VD**. Concretamente, debido a la ineficiente e insuficiente atención. Con relación a la problemática que nos atañe, es pertinente traer a cuenta las siguientes consideraciones de la Primera Sala de la SCJN:

"DERECHO HUMANO A LA SALUD. LA ASISTENCIA MÉDICA Y EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES USUARIOS DE ALGUNA INSTITUCIÓN QUE INTEGRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, DEBEN GARANTIZARSE DE FORMA OPORTUNA, PERMANENTE Y CONSTANTE.

Criterio jurídico: La Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación determina que las autoridades del Estado que se encuentren directamente obligadas a garantizar el derecho humano a la salud deben brindar asistencia médica y tratamiento a sus pacientes usuarios de forma oportuna, permanente y constante; este último, además, debe ser entregado tomando

en cuenta su estado de salud, así como sus requerimientos médicos y clínicos, tomando particular importancia cuando se trata de padecimientos en los que el éxito del tratamiento dependa, principalmente, del óptimo cumplimiento en la toma de medicamentos, es decir, en aquellos casos en los que la adherencia deficiente al tratamiento sea determinante para la progresión de la enfermedad.

Justificación: Ello, pues la lucha contra las enfermedades, en términos amplios, representa la práctica de esfuerzos individuales y colectivos del Estado para facilitar la creación de condiciones que aseguren a las personas asistencia y servicios médicos, lo cual no se limita al acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, sino también al tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades".¹⁴

D. VIOLACIÓN DEL DERECHO AL CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO EN MENOSCABO DE VI1 Y VI2.

38.- Por otra parte, para este organismo de promoción y protección de derechos humanos no pasa desapercibido que los servicios de atención médica prestados por el personal adscrito al Hospital General de Tapachula incumplieron con los parámetros fijados en la Ley General de Salud, concretamente, los relativos a igualdad e inclusión en perjuicio de los usuarios.¹⁵

39.- Así pues, los derechos a la igualdad e inclusión de las personas usuarias de los servicios de salud, en el presente caso **VI1** y **VI2**, fueron afectados por los médicos tratantes y el personal de enfermería que estuvo a cargo de atender a **VD** en razón de que no les garantizaron

¹⁴ Tesis: 1a. XIII/2021 (10a.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, Libro 84, t. II, marzo de 2021, p. 1225.

¹⁵ Acerca de este punto, el artículo 35 de la Ley General de Salud prevé lo siguiente: "Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a las personas que se encuentren en el país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad, igualdad e inclusión y de gratuidad al momento de requerir los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

información suficiente, clara y oportuna respecto del estado de salud de **VD** ni recibieron la orientación necesaria acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos indicados y aplicados al paciente (**VD**).

40.- La anterior afirmación está soportada en el escrito de denuncia de hechos de las víctimas indirectas **VI1** y **VI2**, en virtud del cual indicaron que "... el trato de los médicos hacia mi esposa y al suscrito no eran muy buenos, pues no nos daban información entendible, ya que mi esposa no habla español y mi conocimiento del idioma no es muy bueno" (puntos 4 y 5 de la presente recomendación). Y está confirmada en el informe de **D**, personal de enfermería del Hospital General de Tapachula, donde señaló lo siguiente: "... [**VD**] estaba internado acompañado de **VI2**, no hablaba español ..." (Sic) (evidencia 5.5).

41.- En el mismo sentido, el informe de **E**, enfermera adscrita a la referida institución pública de salud de Tapachula a través del cual reportó a esta CEDH lo siguiente "... se le explica a **VI2** los procedimientos a realizar con su hijo, pero ella no entiende. En respuesta de señas me contesta que no entendía el idioma español... **VI2** no apoya en el cuidado y manejo del paciente ya que no entiende lo que se le explica" (evidencia 5.6). Asimismo, el informe rendido por **F**, enfermera del Hospital General de Tapachula en virtud del cual indicó "... se mantiene comunicación con **VI2** a través de señas ya que no habla español..." (Evidencia 5.7).

42.- Con idéntico propósito, se tomó en cuenta el informe de **J**, enfermera del multicitado hospital, por medio del cual precisó "... se tenía dificultad en la comunicación ya que la madre [**VI2**] no hablaba el idioma español, por lo que se utilizaba señas y pronunciaciones pausadas para que pudiera entender, solo **VI1** hablaba el idioma español, pero no estaba presente en los diferentes procesos" (evidencia 5.11). En el mismo sentido, el informe suscrito por **APR4**, quien señaló que "... durante los pases de visita de mi turno únicamente se encontraba **VI2** como acompañante y, con la dificultad de

comunicación y el entendimiento óptimo debido a la barrera del idioma...” (Sic) (Evidencia 5.2).

43.- Lo arriba expuesto contrasta con lo informado en las notas de evolución médica de **APR3** (evidencias 4.1.1.4 y 4.1.1.7), y el informe suscrito por **APR7** (evidencia 5.1); ambas doctoras adscritas al Hospital General de Tapachula se limitaron a señalar “familiares informados”.

44.- Por tal motivo, el hecho que los prestadores de servicios de salud adujeran en sus informes que los familiares (**VI1** y **VI2**) fueron informados, por ningún motivo conlleva el cumplimiento del derecho de los usuarios a recibir información bajo los parámetros de suficiencia, claridad, oportunidad y veracidad que exige el artículo 51 Bis 1 de la Ley General de Salud.

45.- Lo anterior acusa notable falta de debida diligencia y discriminación por parte del personal de salud adscrito al Hospital General de Tapachula. Dicha situación impactó negativamente en el consentimiento informado de **VI1** y **VI2** para la toma de decisiones relacionadas con la salud de **VD**.

46.- Es importante enfatizar que, de acuerdo con el artículo 51 Bis 2, párrafo tercero de la Ley General de Salud, el consentimiento informado “[...] constituye el núcleo del derecho a la salud, tanto desde la perspectiva de la libertad individual como de las salvaguardas para el disfrute del mayor estándar de salud”, precisamente porque el más alto nivel de bienestar físico, mental y social depende de la mejor información disponible para la toma adecuada de decisiones sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos por los prestadores de servicios de salud.

47.- El derecho al consentimiento informado tiene la correlativa obligación a cargo de los prestadores de servicios de salud –públicos o privados- de “comunicar a la persona, de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, la información veraz y completa, incluyendo los objetivos, los posibles beneficios y riesgos esperados, y las alternativas de tratamiento para asegurar que los servicios se

proporcionen sobre la base del consentimiento libre e informado" (artículo 51 Bis 2, párrafo quinto de la Ley General de Salud).

48.- En la especie, las explicaciones y toda la información necesaria acerca del diagnóstico y las acciones curativas a favor de **VD** no fueron comunicadas a **VI1** y **VI2** a través de lenguaje comprensible, por el contrario, la "comunicación por señas" empleada por los prestadores de servicios de salud se tradujo en información insuficiente, inoportuna, confusa y, en gran medida, inaccesible. Por tales razones, el personal de salud del Hospital General de Tapachula incumplió con asegurar el consentimiento libre e informado en menoscabo de las víctimas indirectas.

49.- Es pertinente destacar que, tratándose de grupos en situación de vulnerabilidad, la Ley General de Salud prevé una protección reforzada respecto del derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. De tal modo, prevé el segundo párrafo del artículo 51 Bis 1 que "Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua".

50.- Si bien el presente caso atañe a personas migrantes que, al momento de los hechos no hablaban o entendían el español, sin embargo, las autoridades responsables del Hospital General de Tapachula, tuvieron la obligación de garantizar "la comprensión de la información a través de los medios y apoyos necesarios" (artículo 51 Bis 2, párrafo 6 de la Ley General de Salud). En este contexto, los prestadores del servicio de salud debieron asegurar la comprensión de la información relativa a los diagnósticos, a la aplicación de los procedimientos y, en general, a todo lo concerniente al estado de salud de **VD** a través de un traductor o intérprete, y no mediante la utilización de señas o "pronunciaciones pausadas", como indican varios informes de los prestadores del servicio de salud que brindaron atención médica a las personas usuarias.

51.- Lo anterior es indispensable porque, como ya se indicó, el derecho en cuestión es dependiente del consentimiento libre e informado de las

personas usuarias de los servicios de salud, el cual solamente está asegurado a través de la provisión de información suficiente, clara, oportuna y veraz por parte del personal médico tratante. Por otro lado, los prestadores del servicio de salud y las autoridades del Hospital General de Tapachula deben responder a las necesidades que plantea el entorno social y geográfico en el que se localiza el aludido hospital, es decir, se trata de una institución pública de salud que, de manera permanente, debe brindar atención médica a personas en contexto de movilidad procedentes de diversos países.

52.- Por tanto, es válido concluir que, los prestadores de servicios de salud, incumplieron con el derecho de las personas usuarias previsto en los artículos 51 Bis 1 y 51 Bis 2 de la Ley General de Salud, al cual puede relacionarse la obligación establecida en el dispositivo 14 de la Ley de Migración, que dispone que “Cuando el migrante, independientemente de su situación migratoria, no hable o no entienda el idioma español, se le nombrará de oficio un traductor o intérprete que tenga conocimiento de su lengua, para facilitar la comunicación”.

53.- La anterior consideración parte de la obligación de garantizar a las personas usuarias de la atención médica, la comprensión de la información a través de los medios y apoyos necesarios, la cual se refuerza tratándose de niñas, niños y adolescentes. De ahí que los Estados Partes tienen el deber de “asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas” (artículo 3.2 de la Convención sobre los Derechos del Niño).

V.- RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL Y DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS.

54.- A partir de las evidencias analizadas, esta Comisión Estatal pudo verificar la **responsabilidad de carácter institucional, profesional y administrativa, atribuible a los prestadores de servicios de atención médica adscritos al Hospital General de Tapachula**, a causa del

incumplimiento del deber de debida diligencia reflejado en el retardo para referir a **VD** a un hospital donde pudiera recibir los servicios de salud que necesitaba. Situación que concluyó en el deceso de **VD** por **Insuficiencia Respiratoria Severa** (nota de defunción, evidencia 4.1.1.9).

55.- Con relación a las responsabilidades administrativas de los prestadores de servicios de salud, son pertinentes las consideraciones del Décimo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, a saber:

“RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE LABORAN EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD. SUS PARTICULARIDADES.

[...] los servidores públicos que laboran en las instituciones públicas de salud tienen la obligación de acatar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de sus funciones y, por ende, se encuentran sujetos a responder administrativamente cuando su actuación sea irregular. Así, aquéllos deben observar las obligaciones previstas en el artículo 8 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, entre las cuales destaca la prevista en su fracción XXIV, que los constriñe a abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, toda vez que la prestación de los servicios médicos es una de las ramas de la administración pública federal que mayor reglamentación tiene y cuya observancia por parte del personal médico, técnico y auxiliar, resulta ineludible, como es el caso de los artículos 32, 33, 166 Bis 15, fracciones VI y VIII, de la Ley General de Salud, que definen a la atención médica como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud; establecen que las actividades de atención médica son preventivas, curativas (que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento

oportuno), de rehabilitación y paliativas; e, imponen a los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel, entre otras, la obligación de garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamiento al paciente en todo momento, así como respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala la propia ley”.¹⁶

56.- Adicionalmente, es importante resaltar la “**Responsabilidad Institucional por no contar con los insumos médicos necesarios para el manejo del paciente**”, lo anterior, en virtud de que, derivado del análisis y estudio efectuados a las constancias contenidas en el expediente clínico de **VD**, pudo confirmarse la falta de insumos médicos necesarios (**sonda pleural**) para brindar a **VD** servicios de salud de calidad.

57.- Lo anteriormente apuntado se refuerza en virtud del contenido del artículo **77 bis 1** de la Ley General de Salud, el cual prescribe que “Todas las personas que se encuentren en el país que no cuenten con seguridad social tienen derecho a recibir de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados, al momento de requerir la atención, sin discriminación alguna y sin importar su condición social, de conformidad con los artículos 1o. y 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

58.- Vinculado con lo anterior y continuando con el estudio de las acciones y/u omisiones configurativas de responsabilidad profesional, administrativa e institucional atribuidas a la autoridad responsable en, destaca la conducta tardía por parte de los médicos tratantes de **VD** para referirlo a un centro de salud de segundo o tercer nivel que contara con los insumos y personal especializado con el fin de que el paciente pudiera recibir el servicio médico que necesitaba.

¹⁶ Tesis: I.10o.A.24 A (10a.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, Libro 34, t. IV, septiembre de 2016, p. 2955.

59.- Principalmente porque debe tenerse en cuenta que **VD** ingresó al Hospital General de Tapachula por presentar sintomatología de afección respiratoria el 26 de septiembre de 2021 (evidencia 4.1); sin embargo, fue hasta el 29 de octubre del mismo año que el Hospital General de Tapachula extendió la hoja de referencia para canalizar a **VD** al Hospital Regional de Alta Especialidad "Hospital Pediátrico" en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en razón de "no contar con especialista neumólogo pediatra".

El incumplimiento al deber de diligencia, expresado en la omisión de proveer tratamiento eficaz, adecuado y oportuno a **VD** derivó en que, a las 21:40 del 29 de octubre de 2021, falleciera a causa de insuficiencia respiratoria severa, como consecuencia de un derrame pleural originado por neumonía adquirida en la comunidad (evidencia 4.1.1.9).

60.- Así también, como fue debidamente razonado y verificado en líneas arriba, los prestadores de servicios de salud incumplieron con el derecho de las personas usuarias previsto en los artículos 51 Bis 1 y 51 Bis 2 de la Ley General de Salud, al cual puede relacionarse la obligación establecida en el dispositivo 14 de la Ley de Migración, que dispone que "Cuando el migrante, independientemente de su situación migratoria, no hable o no entienda el idioma español, se le nombrará de oficio un traductor o intérprete que tenga conocimiento de su lengua, para facilitar la comunicación".

61.- En suma, la aludida autoridad responsable incumplió con el deber de garantizar o asegurar el derecho humano a la protección de la salud en perjuicio de VD y el derecho al consentimiento libre e informado en menoscabo de VI1 y VI2.

62.- Para esta CEDH es importante reafirmar que el cumplimiento de la obligación de garantizar los derechos humanos se expresa en la anulación de restricciones injustificadas, "así como la provisión de recursos o la facilitación de actividades tendentes a lograr que todos se encuentren en aptitud de ejercer sus derechos fundamentales. La índole de las acciones dependerá del contexto de cada caso en

particular; así, la contextualización del caso requiere que el órgano del Estado encargado de garantizar la realización del derecho tenga conocimiento de las necesidades de las personas o grupos involucrados, lo que significa que debe atender a la situación previa de tales grupos o personas y a las demandas de reivindicación de sus derechos".¹⁷

63.- En esta línea, la Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos, ha explicitado que, con relación a la obligación de garantizar los derechos humanos, corresponde al Estado el deber de "Tomar acciones que permitan a las personas el acceso a los derechos humanos y garantizar su disfrute cada vez que una persona [o grupo] no pueda, por razones ajenas a su voluntad, poner en práctica el derecho por sí misma con los recursos a su disposición. Implica crear la infraestructura legal e institucional de la que dependa la realización práctica del derecho; a diferencia de la obligación de proteger, el principal objetivo aquí es darles efectividad a los derechos. Esta obligación también incluye que los Estados deben tomar medidas para prevenir, investigar y sancionar las violaciones a los derechos humanos, así como reparar el derecho violado".¹⁸

64.- La Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha precisado que se actualiza la responsabilidad de las instituciones que conforman el aparato estatal, con independencia de aquella que corresponda de manera particular a las personas servidoras públicas, a quienes les compete conforme al marco jurídico aplicable, el despliegue de acciones específicas para hacer efectivos esos derechos.¹⁹

65.- En la presente Recomendación, tanto el dictamen médico especializado como las diversas constancias que integran el

¹⁷ Tesis: XXVII.3o. J/24 (10a.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, Libro 15, t. III, febrero de 2015, p. 2254.

¹⁸ ONU-DH, 20 claves para conocer y comprender mejor los derechos humanos, 3ª Edición, 2016, p. 14.

¹⁹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Recomendación 2/2017, 31 de enero de 2017, p. 451.

expediente de queja, permitieron verificar la responsabilidad profesional, institucional y administrativa de los médicos tratantes en su carácter de servidores del sistema público de salud, al no haber brindado la atención médica adecuada, oportuna y de calidad en menoscabo de **VD**, **VII** y **VI2**.

66.- Por último, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos considera oportuno traer a cuenta las exigencias contenidas en las fracciones I y VII del artículo 7 de la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Chiapas, las cuales fueron incumplidas por las personas servidoras públicas intervinientes en los hechos que dieron lugar a la vulneración del derecho a la protección de la salud en perjuicio de **VD**. De tal suerte, las normas inobservadas refieren lo siguiente:

*“**Artículo 7.** Los Servidores Públicos observarán en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público. Para la efectiva aplicación de dichos principios, los Servidores Públicos observarán las siguientes directrices:*

I. Actuar conforme a lo que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas les atribuyen a su empleo, cargo o comisión, por lo que deben conocer y cumplir las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones, facultades y atribuciones.

VII. Promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos establecidos en la Constitución.”

VI.- REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

67.- La Comisión Estatal de los Derechos Humanos, a través de la presente Recomendación, considera que los hechos descritos configuraron incumplimiento de garantizar el derecho a la protección de la salud en detrimento de **VD**, y la violación del derecho al consentimiento libre e informado en perjuicio de **VII** y **VI2**. Por tanto, la

consecuencia jurídica que conllevan los hechos victimizantes,²⁰ actualiza la obligación de reparar prevista en el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

68.- A este respecto, es importante resaltar que el sistema de protección no jurisdiccional de los derechos humanos constituye una de las vías previstas en el ordenamiento jurídico mexicano para lograr el derecho a la reparación integral a favor de las víctimas. En la especie, las precitadas violaciones de derechos humanos en agravio de **VD, VI1** y **VI2**, obligan a la autoridad responsable a reparar el daño causado. En este sentido, de acuerdo con la Corte IDH, las reparaciones consisten en las medidas que tienden a hacer desaparecer, en lo posible, los efectos de las violaciones cometidas.²¹

69.- El deber de reparar las violaciones de derechos humanos de las víctimas deviene de la responsabilidad del Estado por el incumplimiento de la normativa en materia de salud y de las obligaciones contraídas en virtud del régimen jurídico convencional. Una violación de derechos humanos constituye una hipótesis normativa acreditable y declarable, siendo la reparación integral del daño la consecuencia jurídica de aquélla.²²

70.- Ahora, por lo que hace al marco regulatorio específico, el artículo 1o. de la Ley General de Víctimas establece que: "... La reparación integral comprende las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada

²⁰ Ley General de Víctimas, artículo 6o. "Para los efectos de esta Ley, se entenderá por: IX. Hecho victimizante: Actos u omisiones que dañan, menoscaban o ponen en peligro los bienes jurídicos o derechos de una persona convirtiéndola en víctima. Éstos pueden estar tipificados como delito o constituir una violación a los derechos humanos reconocidos por la Constitución y los Tratados Internacionales de los que México forme parte."

²¹ Corte IDH, Caso Ximenes López vs. Brasil; Caso Baldeón García; Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya Vs. Paraguay; y Caso Acevedo Jaramillo y otros vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 7 de febrero de 2006. Serie C No. 144, párr. 297.

²² García Ramírez, Sergio, *La Corte Interamericana de Derechos Humanos*, México, Porrúa, 2007, p. 303.

una de estas medidas será implementada a favor de la víctima teniendo en cuenta la gravedad y magnitud del hecho victimizante cometido o la gravedad y magnitud de la violación de sus derechos, así como las circunstancias y características del citado hecho victimizante".

71.- Vinculado con lo anterior, la Ley de Víctimas para el Estado de Chiapas, prevé en el artículo 1o. que tiene por objeto crear los procedimientos, mecanismos e instituciones que permitan garantizar su plena efectividad en el Estado, en materia de atención, ayuda, asistencia, acceso a la verdad, a la justicia y a la reparación integral de las víctimas de delitos del fuero común y de violaciones de derechos humanos cometidas por servidores públicos estatales o municipales. Y con relación al cumplimiento de los fines de la ley, dispone el artículo 19 que el organismo competente es la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas.

72.- A tal virtud, es la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas para el Estado de Chiapas el organismo especializado y facultado por ley para desplegar e instrumentar las políticas, servicios y acciones encaminadas a garantizar los derechos en materia de atención y reparación a las víctimas del delito y de violaciones de derechos humanos perpetrados por servidores públicos del ámbito estatal y municipal.

73.- Ahora bien, una vez determinadas las violaciones de derechos humanos cabalmente verificadas, corresponde a esta institución protectora de derechos humanos abordar lo relativo a las medidas reparatorias a las que tienen derecho las personas afectadas y son desprendibles de los hechos victimizantes que fueron expuestos en la presente recomendación. Por lo que, con base en el precepto 110, fracción IV de la Ley General de Víctimas, esta Comisión Estatal reconoce la calidad de víctima a **VD, VI1** y **VI2**. Por tanto, este organismo determina procedente solicitar la implementación de medidas reparatorias de rehabilitación, satisfacción, compensación y de no repetición.

74.- En tal virtud, a consecuencia de la responsabilidad profesional y administrativa en que incurrieron los médicos tratantes adscritos al Hospital General de Tapachula de la Secretaría de Salud del Estado, las aludidas víctimas tendrán derecho a disfrutar de las siguientes medidas de reparación:

- a) **Rehabilitación:** De conformidad con lo dispuesto en el artículo 27, fracción II de la Ley General de Víctimas, la rehabilitación “busca facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de derechos humanos”. En tal virtud, una vez que se conozca el paradero de **VI1** y **VI2**, la autoridad recomendada deberá asegurarles la atención psicológica y/o psiquiátrica que requieran, derivado de los sufrimientos por el deceso de **VD**.

Dicha atención deberá ser proporcionada por personal especializado y prestarse de forma continua hasta su total sanación psíquica y emocional. Atención psicológica que deberá brindarse gratuitamente en el lugar en que las aludidas víctimas se encuentren, o bien, en el centro público de salud más cercano a su residencia y previo consentimiento libre e informado.

- b) **Satisfacción:** Por lo que hace a esta clase de medidas, la aludida legislación prevé que tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas (artículo 27, fracción IV). Por tal razón, esta Comisión Estatal solicita a la Secretaría de Salud que instruya al Órgano Interno de Control para que inicie el Procedimiento de Responsabilidad Administrativa en contra de las personas servidoras públicas que incurrieron en actividad administrativa irregular por no haber brindado a **VD**, **VI1** y **VI2** servicios de salud de calidad.

Dicho procedimiento deberá orientarse a la determinación de la responsabilidad por actividad administrativa irregular, y

la consecuente aplicación de sanciones que conforme a derecho correspondan.

Además, con el propósito de sensibilizar respecto de la compleja situación que enfrentan las personas migrantes para acceder a sus derechos económicos, sociales y culturales; y, de manera particular, con el fin de conmemorar la dignidad de la víctima directa de la presente recomendación, la CEDH solicita, con apoyo en el artículo 73, fracción VI de la Ley General de Víctimas, que la Secretaría de Salud coloque una placa en el área de Pediatría del Hospital General de Tapachula que contenga el siguiente mensaje:

“En memoria de las niñas y niños migrantes que tuvieron el sueño de alcanzar una vida mejor.

El Estado y sus instituciones, tienen la obligación de garantizar los derechos humanos de las niñas y niños migrantes y protegerlos contra toda forma de discriminación”.

- c) **Medidas de compensación:** consistente en una reparación integral, que incluya el concepto de daño emergente, así como el daño inmaterial (afectación psicológica) a cargo de la Secretaría de Salud del Estado, que deriva directamente de la responsabilidad institucional de esa dependencia del Estado por las omisiones sustentadas en el capítulo de Observaciones.

Acerca de este punto, una vez que se conozca el paradero de las víctimas indirectas, la Secretaría de Salud deberá realizar las gestiones necesarias ante la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas para el Estado de Chiapas, a fin de que **VI1** y **VI2** sean inscritas en el Registro Estatal de Víctimas.

- d) **Medidas de No repetición:** la Secretaría de Salud del Estado deberá diseñar e impartir en un término de tres meses, a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso de capacitación 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, el cual debe dirigirse a todo el personal médico del Hospital General de Tapachula y en específico, al área pediátrica de dicho nosocomio, esto con el fin de prevenir que hechos similares a los del presente caso vuelvan a repetirse.

La capacitación también deberá incluir el contenido de la Guía de Práctica Clínica "Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en las/los pacientes de 3 Meses a 18 años en el Primer y Segundo Nivel de Atención, Evidencias y Recomendaciones, IMSS-120-08; Guía de Práctica Clínica "Diagnóstico y Tratamiento del Derrame Pleural", IMSS-243-09 y la Guía de Práctica Clínica "Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía Bacteriana Adquirida en la Comunidad en Población menor a 18 años, GPC-55-120-21".

Ahora, por lo que atañe al derecho al consentimiento libre e informado de las personas usuarias de los servicios de salud, especialmente tratándose de personas en contexto de movilidad, es importante que esa institución de salud pública considere de manera especial la situación migratoria que prevalece en Tapachula.

A este respecto, conviene indicar que la Delegación de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR) instalada en dicho municipio, registró 69,045 personas solicitantes de refugio al cierre del mes de octubre de 2023; dicho número representa el 54% de la cantidad global de personas (127,796) que han sido atendidas en el periodo enero-octubre de 2023 en las diversas representaciones y

oficinas de la COMAR en el país. Así también, la autoridad responsable debe tener presente que el mayor número de solicitudes de la condición de refugiado corresponde a personas que, igual que **VI1** y **VI2**, son de nacionalidad haitiana (41,253).²³

Por tanto, satisfacer las necesidades de las personas migrantes requiere la adopción de medidas administrativas, jurídicas, presupuestales y de cualquier índole, hasta el máximo de los recursos disponibles, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la plena efectividad del derecho a la protección de la salud y el derecho al consentimiento libre e informado de las personas usuarias nacionales y extranjeras.

En consecuencia, es importante que ese Hospital General de Tapachula despliegue las acciones necesarias que aseguren que las personas usuarias extranjeras dispongan de información completa, veraz, accesible, oportuna y en lenguaje comprensible con el fin de proteger el derecho al consentimiento informado. Con miras a realizar lo anterior, deberá garantizar a través de sus propios recursos humanos, o bien, en colaboración con otras instituciones públicas u organizaciones de la sociedad civil, la asistencia de traductores o intérpretes para las personas usuarias que lo requieran.

75.- Finalmente, este organismo público de derechos humanos exhorta a todas las autoridades del orden estatal y municipal a cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible contenidos en el instrumento Agenda 2030. En la especie, se demanda de esa Secretaría de Salud que, en el cumplimiento de las recomendaciones fijadas por este organismo, ajuste sus actuaciones al Objetivo 3: Garantizar una vida sana y

²³ Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, *Estadística de los solicitantes del reconocimiento de la condición de refugiado en México*, 3 de noviembre de 2023, disponible para consulta en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/869002/Cierre_Octubre-2023__1-Noviembre_.pdf

promover el bienestar de todos a todas las edades, meta 3.2: De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.

76.- Así como la meta 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal, incluido el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos y su correlativo indicador 3.8.1: Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos).

77.- Por tanto, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos con fundamento en lo establecido por los artículos: 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 98 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas; igualmente, los artículos 18, fracciones IV y XVIII, 27, fracción XXVIII, 37, fracción V, 38, 43, 51, 64, 66, 67, 69, 71 y 72 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, determina procedente la formulación de las siguientes recomendaciones:

VII.- RECOMENDACIONES.

A Usted, **C. DR. JOSÉ MANUEL CRUZ CASTELLANOS**, en su carácter de Secretario de Salud, respetuosamente se le solicita ordenar la cabal instrumentación de los siguientes puntos recomendatorios:

PRIMERO. – Realizar, en términos de lo establecido en el punto 74, inciso c) de la presente recomendación, la inscripción de **VII** y **VI2** en el Registro Estatal de Víctimas.

SEGUNDO. – Conmemorar la dignidad de la víctima directa de la presente recomendación a través de una placa de acuerdo con lo

precisado en el punto 74, inciso b) del presente instrumento recomendatorio.

TERCERO. - Instruir a la unidad administrativa o de apoyo competente de esa Secretaría de Salud, el diseño e impartición de un curso de capacitación en los términos indicados en el punto 74, inciso d) del presente instrumento recomendatorio.

CUARTO. - Dar vista al Órgano Interno de Control para que inicie el Procedimiento de Responsabilidad Administrativa en contra de las personas servidoras públicas que incurrieron en actividad administrativa irregular por no haber brindado oportunamente a **VD**, la atención, seguimiento y tratamientos médicos necesarios.

QUINTO - Designar a una persona servidora pública que desempeñe la tarea de enlace con esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos con el fin de dar seguimiento y cumplimiento a los puntos recomendatorios arriba expuestos. En caso de que esta responsabilidad sea transferida a otra persona, tal circunstancia deberá ser notificada oportunamente a este Organismo Estatal.

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

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 67, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación sea informada 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.

Con el mismo fundamento jurídico, le solicito que las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación sean enviadas a esta Comisión Estatal dentro del término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 27, fracción XVIII y 70, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Congreso del Estado, su comparecencia a efectos de que explique el motivo de su negativa.

LIC. JUAN JOSÉ ZEPEDA BERMÚDEZ
PRESIDENTE