



Por responsabilidad institucional ante omisiones graves en la atención médica hacia un menor de edad que derivó en su fallecimiento, la CEDHJ emite la Recomendación 6/22

La madre y el padre del menor de edad presentaron queja en contra del personal del Hospital de Primer Contacto de Colotlán (HPCC).

Explicaron que en mayo de 2019, su hijo comenzó con dolor estomacal por lo que lo llevaron a urgencias del HPCC, donde les informaron que los síntomas que presentaba no eran graves, y que debían solicitar cita para que fuera atendido.

Optaron entonces por llevarlo con un médico particular, quien le recetó una inyección para controlar el dolor, pero los síntomas se agravaron y lo trasladaron de nuevo al HPCC, donde insistieron que el padecimiento no se trataba de una urgencia, por lo que decidieron esperar a un médico general que lo atendiera.

Durante la revisión al menor de edad, el médico indicó se le pusiera suero y ordenó análisis de sangre. Posteriormente, un médico cirujano les dijo que debían operar a su hijo de urgencia.

Luego de la intervención quirúrgica, el niño refirió que tenía dolor del lado contrario al de la operación, pero los doctores aseguraron a los padres que era normal por la operación, y aunque el menor de edad siguió quejándose por varios días, las y los médicos que lo atendían no le hicieron caso.

Fue en el momento en que un enfermero puso una inyección en el suero, que el niño se quejó y se alteró, razón por la que llegaron varios doctores. Minutos después el menor de edad falleció frente al personal médico, quienes informaron a los padres que su hijo murió debido a un colapso en su organismo, derivado de una infección.

Luego de las investigaciones realizadas por esta defensoría, se acreditó que los médicos encargados de la atención post operatoria del menor de edad, incurrieron en imprudencia al no mostrar una conducta diligente, al omitir los medios adecuados para llegar a un diagnóstico y tratamiento correctos.

Los médicos ignoraron la inquietud de la peticionaria al referirles que su hijo manifestaba dolor y molestias al orinar, además de que considerando las condiciones post operatorias, el niño debía ser trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos, o en su caso, a otro hospital para su mejor atención, diagnóstico y tratamiento adecuado; se omitió realizar cambios de diagnósticos y terapéuticos; y tampoco se ordenó realizar un examen general de orina, un ultrasonido, y análisis de otros marcadores de infección bacteriana para atender y obtener un diagnóstico y tratamiento oportuno, que a la postre derivó en su muerte.

Por otra parte, esta Comisión evidenció que el Hospital de Primer Contacto de Colotlán, no contaba con cirujano de guardia el 24 de mayo de 2019, día en que falleció el menor de edad, además de que carece de ambulancia y equipo de gabinete para un diagnóstico oportuno, por lo que se incurre en responsabilidad institucional.

El médico del servicio de Pediatría y demás personal del HPCC que intervino en la atención del menor de edad, omitió la normatividad de la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, al no realizar la nota médica de su intervención en la reanimación cardiopulmonar del niño y observarse incorrecciones en el llenado del expediente.



Por lo anterior, esta Comisión emitió Recomendaciones al director general del OPD Servicios de Salud Jalisco a quien se le solicita realizar la reparación y atención integral del daño a favor de las víctimas, por lo que deberá otorgar todas las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición que resulten procedente.

Brindar la atención tanatológica, psicológica o psiquiátrica que requieran las víctimas indirectas, la cual deberá proporcionarse por el tiempo que resulte necesario, incluido el pago de medicamentos que requieran.

Inscribir en el Registro Estatal de Víctimas a la víctima directa e indirectas por la vulneración a los derechos humanos aquí documentados.

Que el Órgano Interno de Control de esa dependencia agote las etapas procesales que estén pendientes por desahogar y a la brevedad concluya la investigación iniciada por estos hechos, y valore las pruebas, actuaciones y evidencias que obran en la presente Recomendación, a fin de acreditar la responsabilidad en la que incurrieron el director y médicos del HPCC, y en su caso, se apliquen las sanciones correspondientes, previo derecho de audiencia y defensa.

Agregar copia de la presente resolución a los expedientes administrativos de los servidores públicos involucrados, para que obre como antecedente de las violaciones que les fueron acreditadas en esta Recomendación.

Ordene por escrito a todo el personal médico y de enfermería del HPCC para que siempre ajusten su actuación a lo dispuesto en la NOM004-SSA3-2012 del expediente clínico; y la NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud, que señalan los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de Urgencias, y se haga conciencia en ellos sobre la obligatoriedad de su aplicación.

Como una medida de no repetición, se impartan cursos de capacitación al personal médico y de pregrado de los Centros de Salud ubicados en la zona Norte del estado, en temas relacionados con el marco jurídico de aplicación en sus funciones y el respeto de los derechos humanos, así como de la perspectiva de género y el interés superior de la niñez, centrados en la importancia de otorgar a las personas con quienes traten, una atención con los más altos estándares de calidad y calidez; y sobre la aplicación de “Manual de Procedimientos de Atención Primaria de Urgencias Médicas”, sobre la importancia de otorgar un diagnóstico certero y oportuno.

Se lleve a cabo una investigación por medio del área de Calidad de la OPD Servicios de Salud Jalisco del presente, y del resultado de este, se elaboren las propuestas que hagan posible la mejora continua de la calidad de la atención médica.

Al fiscal especializado al Combate de la Corrupción se le pidió iniciar una carpeta de investigación, en la que se integren todos los elementos de prueba necesarios, y se valoren las pruebas, actuaciones y evidencias que obran en la presente Recomendación para evitar que se genere impunidad.

Al secretario técnico de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas se le pide integrar en los registros al menor de edad fallecido como víctima directa, y a sus padres como víctimas indirectas; se les informe de sus derechos, se les asigne asesor jurídico (en caso de que aún no lo tengan) y se les proporcionen las medidas de atención, asistencia y protección; se les brinde acompañamiento para el debido seguimiento de la carpeta de investigación que se inicie con motivo de la responsabilidad médica descrita en la presente Recomendación.

La Recomendación completa se puede consultar en: <http://cedhj.org.mx/recomendaciones/emitidas/2022/Reco%206-2022%20VP.pdf>